ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

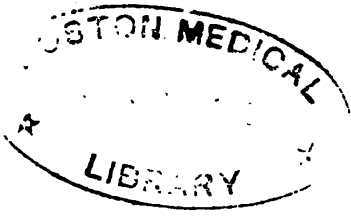
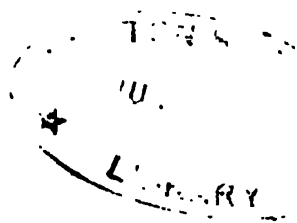
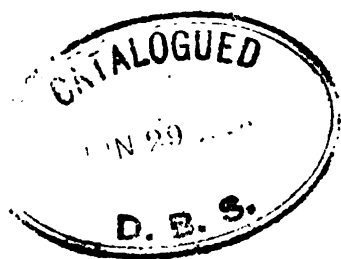
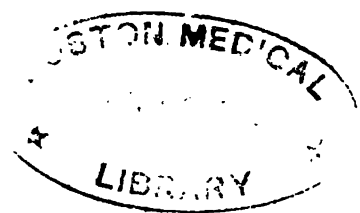
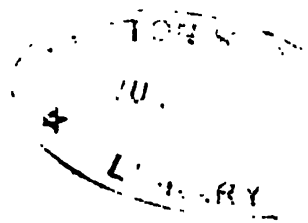
FIORENTINA

COMPILATI

DAL SEGRETARIO DEGLI ATTI

Dott. TOMMASO TOMMASI

Anno Accademico 1878-79

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
—
1879

ATTI ACCADEMICI

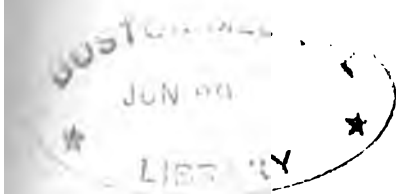
DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA

ATTI ACCADEMICI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

ADUNANZA PUBBLICA SOLENNE

DEL DÌ 27 GENNAIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i socii: Baroffio, Zannetti Raffaello, Roster, Marcacci, Filippi, Pratesi, Romei, Tafani, Turchini, Ceccherelli, Dainelli, Faralli, Leopardi, Grilli, Tommasi, Simi, Bargioni, Del Greco, Zannetti Prof. Ferdinando e Capezzuoli Prof. Serafino (membri onorarii).

Alle ore 12 e mezzo meridiane viene aperta la seduta e data subito la parola al Vice Segretario degli Atti, che legge il resoconto annuale dei lavori stati letti all'Accademia, con la necrologia del Prof. Filippo Parlatore, del Prof. Carlo Ghinozzi, del generale Alfonso La Marmora e del Prof. Ranieri Bellini.

Successivamente ha la parola il Segretario delle corrispondenze, che legge il rapporto sulle opere inviate in dono alla Società, e tesse anche l'elogio del Professor Carlo Livi.

La seduta pubblica è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Vice Segretario
Dott. T. TOMMASI.

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA ORDINARIA

DEL DÌ 10 FEBBRAIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente*.

Sono presenti i soci: Tafani, Grassi, Romei, Marcacci, Grilli, Brigidi, Tommasi, Del Greco, Simi, Baroffio e Faralli.

Ha pel primo la parola il Dottor Vincenzo Brigidi, per intrattenere l'Accademia sopra alcuni studi di anatomia patologica sulla ipermegalia.

Egli ricorda come l'ipermegalia venisse in principio classificata fra le malattie di origine nervosa, e come successivamente i Patologi l'attribuissero a cagioni che determinano primitivamente un disordine nella nutrizione dei muscoli volontari. Dice che questa opinione ebbe piena conferma dalle osservazioni anatomiche fatte prima su frammenti di muscoli tolti dal vivente ed in seguito dalle necrossie. In tutti questi casi i muscoli furono trovati più o meno atrofizzati nei loro elementi istologici contrattili, e con uno sviluppo abnorme di tessuto connettivo o adiposo, ai quali era a riferirsi l'aumento di volume che nei varii periodi della malattia questi organi frequentemente presentano. Nei centri nervosi, come nei nervi periferici e nel simpatico, non vennero riscontrate alterazioni di sorta. Nota peraltro il Dott. Brigidi che l'esame del sistema ganglionare, da quanto è a sua cognizione, venne eseguito una sola volta dal Cohnheim. Però il Duchenne, nella sua bella monografia intorno a questa infermità, espone alcune importantissime considerazioni, per le quali quest'Autore è indotto a ritenere l'ipermegalia dipendente dai vasi motori.

Ciò premesso, il Dott. Brigidi, prima di riferire i resultati delle sue osservazioni intorno al simpatico, espone per sommi capi la storia clinica e quanto altro si riferisce al caso che gli offrì opportunità di fare questi studi, per porre in sodo la diagnosi, non trascurando un breve confronto colle malattie che hanno più analogia colla paralisi pseudo-ipertrofica od ipermegalia che dir si voglia.

Accertata così la diagnosi, passa all'esame del sistema ganglionare.

I diversi gangli costituenti la catena del simpatico erano di volume presso a poco normale, ma più coloriti, specialmente quelli della regione cervicale.

Dopo averli tenuti immersi per qualche giorno nell'alcool, esaminatili al microscopio, furono trovati più o meno gravemente alterati.

Anco ad un piccolo ingrandimento poteva facilmente vedersi in essi un notevole sviluppo di vasi, con dilatazioni parziali, tanto nelle parti periferiche che nelle centrali.

Osservate le stesse preparazioni con più forte ingrandimento, fu constatato che i vasi malati erano vene, e che le dilatazioni parziali erano notevolissime; ve n'erano di tutte le forme; cilindriche, affusate e sarciformi; le più piccole avevano il massimo loro diametro di 60, 80 e 90 millesimi di millimetro: fra le più grandi se ne trovavano persino di quelle che avevano più di un decimo di millimetro di diametro. Le cellule gangliari apparivano più o meno rimpicciolite e specialmente quelle che si trovavano sulle adiacenze dei vasi. In alcuni luoghi avevano esse soggiaciuto a tal grado di atrofia, che non misuravano nel loro diametro maggiore più di 14 millesimi di millimetro. Tutte poi queste cellule si mostravano fortemente pigmentate; nelle più piccole non era più visibile il nucleo.

Le fibre nervose con mielina erano in scarsissimo numero: abbondante invece si trovava ovunque il connettivo interstiziale. Nei gangli celiaci le vene erano meno

alterate, ma in questi gangli fu notato qua e là una proliferazione nucleare, consociata a fatti di degenerazione grassosa, sia degli endotelii delle capsule contenenti le cellule nervose, sia dei nuclei neo-formati.

Così termina il Dott. Brigidi la sua comunicazione, per cedere la parola al socio Dott. Alessandro Tafani che ci riferiva, sempre nel campo dell'anatomia patologica, i resultati dei suoi studi sopra alcuni casi di *edema della retina.*

Dopo alcune considerazioni generali sopra questa importante malattia oculare, l'Autore entra a descrivere i caratteri intrinseci dell'affezione, primo dei quali è la presenza di cavità cistoidi, le quali vanno man mano sviluppandosi negli strati più prossimi alla coroide e più specialmente nello strato dei granuli esterni; un fatto analogo si ripete qualche volta anche fra le altre granulazioni, vale a dire all'interno della membrana dell'Hannover. Una volta che queste cavità cistoidi si sono formate, alterando i rapporti fra gli strati delle granulazioni esterne ed interne, è facile il comprendere come anche gli altri strati retinici debbano aver subito differenti modificazioni, non tanto le membrane di Jacob e di Schultze, quanto lo strato molecolare e quello delle cellule cerebrali. Quanto alle qualità cistoidi, ritiene l'Autore che non siano rivestite da vero e proprio epitelio; e perciò non sieno vere e proprie cisti; ma tutt'al più possano presentare quà e là alcune cellule pianeggianti di connettivo, che d'altronde si riscontrano anche fisiologicamente sull'andamento delle fibre radiali.

Finalmente l'Autore fa osservare che quando l'edema retinico non si limita soltanto a produrre cavità cistoidi negli strati delle granulazioni, ma si estende anco agli strati molecolari ed a quelli delle cellule e fibre nervose, tutti questi strati ci presentano per lo più un aspetto reticolato marcatissimo, anzichè la forma cistoidea. Questo

fatto dell'osservare la forma a rete anche nello strato molecolare, convince sempre più l'Autore essere più ammissibile la dottrina di Schultze, che lo ritiene composto di sottilissimi filamenti, anzichè l'altra dell'Hannover che lo crede formato da una sostanza granulosa ed amorfa.

Nessuna discussione ha luogo sulla comunicazione del Dott. Brigidi; su quella però del Dott. Tafani, chiede la parola il Dott. Simi, al solo scopo di elogiare il lavoro del giovine microscopista e per far voti: che studi così importanti si ripetano anche sopra altre malattie retiniane, promettendo egli stesso di fornire all'occasione il materiale occorrente. Dopo l'esame dei preparati microscopici relativi alla memoria del Dott. Brigidi e del Dott. Tafani, l'adunanza si scioglie alle 2 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Vice Segretario
Dott. T. Tommasi.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 17 MARZO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti: Grilli, Zannetti Prof. Ferdinando, Romei, Pratesi, Stefanelli, Ceccherelli, Dainelli, Pellizzari Celso, Paganucci, Zannetti Raffaello, Stacchini, Baroffio, Faralli, Tafani, Turchini, Eccher, Simi, Grassi, Del Greco, Tommasi e Tempesti Gio. Carlo socio corrispondente.

Ha la parola il socio sig. Giuseppe Romei, il quale, impressionato dalle numerose sofisticazioni e falsificazioni che subisce l'eroico sale della chinina, si è fermato specialmente a considerar quella assai recente, dovuta alla

aggiunta dell'acido salicilico; e ci descrive appunto un nuovo metodo per riconoscere il suddetto acido, aggiunto fraudolentemente al solfato di chinina e il modo per determinarne la quantità.

L'autore ricorda che il sig. Pratesi aveva altra volta comunicato all'Accademia l'esistenza di un falso solfato proveniente dalla Germania, sofisticato spesso con acido salicilico, e ricorda come il Pratesi si fondasse sulla colorazione gialla che l'acido azotico produce aggiunto all'acido salicilico, reazione che non ha luogo col solfato di chinino, per trarre un carattere atto a scuoprire in questo la presenza di quello.

Il Romei dice non credere una tale reazione caratteristica e propria del solo acido salicilico, ed è perciò che egli si è servito, come mezzo reattivo, dell'etere, già indicato dall' Ivon per la ricerca dello stesso acido nel vino e nell'orina, come quello che avendo la proprietà di sciogliere l'acido salicilico, non scioglie però affatto il solfato di chinina. Ecco in che consiste il processo del Romei:

Egli ha preso 98 cent. di solfato di china e gli ha mescolati con 2 di acido salicilico; ha versato la miscela in un tubo da saggio; vi ha aggiunto 2 cc. di etere; dopo avere agitato il tutto e lasciato quindi in riposo, ha decantato l'etere, al quale ha aggiunto tanto di una soluzione di percloruro di ferro, quanto può starne sulla punta di una bacchetta; immediatamente ha ottenuto il colore rosso-violaceo caratteristico della presenza di acido salicilico. Un secondo esperimento fatto con una sola parte di acido per 99 di solfato, ha dato all'autore identico resultato.

Fatto così sicuro dell'esattezza del reattivo, immaginò un piccolo apparecchio a spostamento che gli permettesse di riprendere tutto l'etere aggiunto ad un peso determinato del solfato sospetto. L'apparecchio consiste in un tubo di vetro affilato all'estremità inferiore, al quale si unisce un tubo di gomma, da chiudersi mercè una pin-

zetta de Luca, quasi chiuso nella parte affilata da alcuni frammenti di amianto. Questo l'apparecchio. Il processo chimico è il seguente: colloca nel tubo un dato peso di solfato sospetto; vi aggiunge 4 o 5 cc. di etere, agita leggermente e lascia in riposo per 10 minuti, chiudendo l'estremo superiore del tubo con tappo: apre quindi la pinzetta de Luca, lasciando scolare l'etere in una capsulina di porcellana già tarata: tratta con nuovo etere il solfato, ed il liquido che ne ottiene aggiunge al primo; evapora il tutto ed ottiene così il peso esatto dell'acido salicilico contenuto in quel dato solfato. L'autore termina col dire che per il saggio qualitativo potrebbe usarsi anche l'alcool amilico, ma per quello quantitativo userebbe sempre l'etere, perchè sarebbe più sicuro di non sciogliere traccia alcuna di solfato.

Terminata questa lettura, il Presidente concede la parola al Dott. Gio. Carlo Tempesti che comunica verbalmente alla Società la *storia di un caso assai importante di litotrizia,* da esso osservato in Livorno, sopra un signore di 46 anni.

Trattavasi di un grosso calcolo vessicale, che a ripetute misurazioni avea sempre dato un diametro di 22 linee (circa 50 millimetri), meno una volta che ne dette sole 17. Il Tempesti non avrebbe voluto praticare la litotrizia, perchè certamente contro-indicata, avendo di fronte una pietra così voluminosa; ma d'altra parte sapeva qual tristo esito corrono le cistotomie, per la stessa causa della grossezza del calcolo. In questo bivio alquanto penoso, pensò il Tempesti di trovare una via di conciliazione, proponendosi di fare una seduta di litotrizia come preliminare della cistotomia, anzichè far quella dopo questa, come si usa comunemente; senza pensare che in questo ultimo caso, dovendosi agire a vessica vuota, questa ed il collo vessicale soffrono grandemente per le manovre a ciò necessarie, come ne fan fede i tristi esiti che se ne ottengono.

La seduta fu fatta; e il resultato fu assai buono, malgrado che la pietra avesse una certa durezza: la tolleranza del malato a questa manovra, il nessuno sconcerto susseguitone, indussero l'autore a seguitare nella via intrapresa, tanto che, per dirla in breve, le sedute si moltiplicarono con grande sollievo del malato, che facilmente emetteva dall'uretra i frammenti del calcolo; si arrivò peraltro a metà della cura e il litoclaste trovò un grave ostacolo da superare; si era giunti al nucleo della pietra. Che fare?

L'autore fu di avviso di continuare col solito sistema; si assicurò della bontà del suo litotritore; e con un martello di ferro, cercò con ripetuti colpi di frangere il nucleo calcoloso.

Alla peggio, diceva l'autore, mi si può rompere lo strumento; ma allora mi sarò assicurato davvero che il calcolo in quel punto era infrangibile e potrò subito praticare la cistotomia; se ciò non accade, avrò superato l'ostacolo e la cura potrà dirsi finita.

La cosa andò proprio in quest'ultimo modo; e la guarigione avrebbe potuto dirsi assicurata, se ad un certo punto non fosse sorta un'orchite, con vomito, moti convulsi e tumescenza della fossa iliaca sinistra, che l'autore credè dovuta alla discesa di un nuovo calcolo dal rene, dello spessore di 22 millimetri.

Anche questo peraltro fu rotto e adesso il malato gode perfetta salute.

Riassumendo, la storia di questo caso di litotrizia ha presentato le seguenti particolarità:

1° L'autore non ha praticato mai l'anestesia, perchè non indicata dalla tolleranza del malato e per non privarsi della sensibilità di questo, come guida per l'andamento della manovra.

2° Non fece cura dilatatoria, perchè non ve ne fu bisogno; e nel prendere i frammenti (che furono 94) si servì

sempre dello stesso litoclaste di media grossezza, avendo la fortuna di mai pizzicare la vessica.

3° Tutta la cura riuscì incruenta, meno lo sbrigliamento del meato orinario.

4° Tutte e venti le sedute non furono mai dolorose per sè stesse; qualche volta moleste per la contrazione spasmodica della vessica.

5° Tutti i frammenti furono più o meno duri; durissimi però quelli dell'ultimo periodo della cura.

6° Per tre volte ebbe occasione di notare che senza stringere maggiormente la vite dello strumento, i frammenti si ruppero con rumore, dopo qualche minuto; forse per infiltrazione di orina attraverso le fessure dei frammenti medesimi.

7° Le sedute furono cominciate sempre a vessica alquanto piena, onde non irritarla di soverchio.

8° Eccettuato dopo la prima seduta, non praticò mai iniezioni vessicali, perchè moleste ed inutili; invece ordinò sempre al malato di bevere molta acqua dopo ogni manovrà di litotrizia, facendolo per di più stare alcune ore in posizione supina, onde i frammenti più grossi non scendessero presto a molestare il collo vessicale e perchè avessero prima tempo di smussarsi nel liquido orinoso.

9° Ebbe sempre cura di frantumare per primi i pezzi più piccoli, per non aumentare soverchiamente superfici scabre.

10° Tutte le volte che sorse minaccia di cistite, fu scongiurata con una nuova seduta di litotrizia.

11° I frammenti riuniti del calcolo pesavano più di 40 grammi; e si componevano alcuni di solo acido urico con traccie di urato di soda, altri avevano per di più il fosfato di calce.

Terminata la lettura del Dott. Tempesti, prese la parola il sig. Pratesi per dire al Romei come egli non avesse inteso dire che l'acido azotico avrebbe potuto essere un

reattivo caratteristico dell'acido salicilico, ma avrebbe tenuto conto più volentieri del saggio al calore, in presenza di acido acetico, che dà origine all'acido fenico ben riconoscibile anche all'odore.

A proposito di sofisticazioni del solfato di chinina, domanda il Dott. Ceccherelli: cosa è stato della Commissione che fu nominata molto tempo indietro allo scopo di chiedere provvedimenti in proposito?

E il Presidente è costretto a dichiarare, che la Commissione nulla aveva risposto!

Il Dott. Tommasi vorrebbe sapere dal Tempesti: se era sicuro che l'analisi chimica dei diversi frammenti calcolosi fosse stata fatta in modo distinto e separato, perchè gli sembrava strano che i frammenti centrali, più duri, contenessero, oltre l'acido urico, anche del fosfato di calce che suole sempre render meno resistenti le pietre; e che al contrario non se ne trovasse traccia nei frammenti periferici, che appunto resisterono meno alla triturazione.

Il Tempesti risponde essersi anch'esso meravigliato di ciò, ma che d'altronde era sicuro dell'esattezza delle analisi eseguite, e non era in caso di spiegarsi la ragione di tal fatto.

Allora il Dott. Ceccherelli si rivolge al Tempesti per domandargli qual fu il litotritore adoperato nel caso da lui narrato; e il Tempesti rispose di avere usato, la prima volta, un vecchio Charrière, come quello che gli permetteva una divaricazione delle branche, proporzionata al diametro della pietra. Successivamente, cioè quando questa fu ridotta a proporzioni più piccole, fece uso di un litotritore anonimo, ma pur resistente a tutta prova, acquistato in Firenze dal Gabbrielli.

Il Ceccherelli per altro insiste colle domande e dice di non essere d'accordo col suo interlocutore su tre punti.

1° Perchè il caso in discorso non gli sembrava indicare la litotrizia.

2° Perchè non gli sembravano sufficienti le ragioni addotte dal Dott. Tempesti per non praticare l'anestesia.

3° Perchè non credeva, come aveva detto il Tempesti, tanto innocuo il caso della rottura dello strumento in vessica.

Ed il Tempesti replica immediatamente: che sapeva benissimo non essere indicata nel suo caso la litotrizia, ma temeva egualmente del taglio, perchè sempre esiziale quando si tratta di pietre voluminose. Egli aveva voluto soltanto rompere la pietra per prepararsi alla cistotomia, perchè allora un taglio, anche piccolo, sarebbe stato sufficiente ad estrarre i frammenti della pietra medesima; e siccome la pietra sarebbe stata rotta in mezzo al liquido orinoso, avrebbe così evitato i danni non lievi che si hanno a lamentare quando la litotrizia si pratica successivamente al taglio perineale, quando cioè il liquido orinoso è scolato fino all'ultima goccia per il taglio medesimo. Ma poichè le prime frantumazioni della pietra riuscirono tanto innocue al malato, egli continuò nella cura intrapresa, tanto più che il malato non intendeva sottoporsi ad operazione cruenta. Quanto poi all' anestesia, sebbene non ad essa contrario in generale, egli non volle adoprarla, perchè del tutto inutile nel caso in discorso. A che scopo, infatti, rendere insensibile un malato che tollerava benissimo le manovre litontrittiche, quando anzi l'averlo sensibile a queste, era una guida sicura alla mano dell'operatore, che poteva così continuare, modificare o sospendere la seduta?

Finalmente, circa il pericolo della rottura dello strumento, so anch' io, dice il Tempesti, che non sarebbe stato una bella cosa, ma prima di praticare il taglio volevo essere sicuro della infrangibilità della pietra, e questo criterio non l' avrei potuto ottenere che provando fino all' ultimo limite la percussione. Se, così facendo, mi si fosse rotto lo strumento, ciò voleva dire che la pietra era proprio infrangibile e che ad ogni modo ero costretto a fare la

cistotomia. Tanto più che ho letto di alcuni casi di rottura dello strumento, nei quali il rostro dello strumento stesso ha potuto essere emesso insieme alle orine, senza bisogno di taglio alcuno. Dunque, non tanta paura; perchè gli stessi costruttori d'istrumenti assicurano, che il litotritore *deve* rompersi *sempre* nel punto d'unione del rostro colla parte rettilinea.

Il Dott. Dainelli domanda: cosa avvenne di quella intumescenza che comparve ad un certo punto della cura?

A dirla schietta, dice il Tempesti, rimanemmo al buio ancora noi; dopo grandi dejezioni alvine, non trovammo più tumore, ma invece un calcolo in vessica, del diametro di circa 22 millimetri, che fino allora non aveva dato segni di esistenza.

Il Prof. Zannetti si meraviglia peraltro che un calcolo così grosso abbia potuto scendere dagli ureteri. Ed il Tempesti risponde di aver supposto che il calcolo stesso fosse oblungo e che quel diametro di 22 millimetri rappresentasse soltanto la lunghezza del nuovo calcolo.

Il Dott. Del Greco chiede allora la parola, prendendo argomento dalla cloroformizzazione. Credo anche io, egli dice, in termine generale, che non si debba praticarla, anche per non dar troppa baldanza all'operatore; ma credo per altro che, indipendentemente dalla sensibilità del malato, si possa avere un criterio dell'aver pizzicato la vessica, dal sentire che lo strumento non può muoversi liberamente. Quanto poi alla rottura dello strumento, crede difficile debba avvenire sempre nel punto indicato dal Tempesti, perchè ricorda d'aver letto un caso narrato dal Sedillot, nel quale lo strumento si ruppe in tal modo, da rendere necessaria la cistotomia sopra-pubica.

Il Tempesti risponde non essere del suo avviso; perchè oltre l'accidente della pizzicatura della vessica, bisogna tener conto della tolleranza del malato alle manovre che si fanno; e quanto alla pizzicatura della vessica, non crede

possa essere fatta palese dalla immobilità dello strumento, perchè la vessica non è un organo fisso, ma stà sospesa sul suo collo, come un fico maturo che si volesse tener ritto sul suo picciòlo. Dice finalmente che le rotture estese dello strumento non sono più possibili, perchè queste presuppongono la torsione più che la spezzatura netta, e la prima è difficile che avvenga ora che gli strumenti stessi si fanno molto grossi e di tempera assai cruda.

Il Dott. Del Greco chiude la discussione dicendo sembrargli di esser d'accordo col Tempesti, perchè anche questi ammetteva di doversi fare la cloroformizzazione nei casi d'intolleranza del malato, e conclude che circa alla rottura dello strumento non sarà mai troppa la cautela, perchè anche gli artefici possono sbagliare e nella tempra e nella grossezza necessaria ad evitare i pericoli da essa derivanti.

Nessun'altro prendendo la parola, la seduta pubblica è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 21 MARZO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti: Baroffio, Roster, Dainelli, Ceccherelli, Stefanelli, Romei, Faralli, Grilli, Grassi, Bertini, Filippi, Simi, Corradi, Stacchini, Pellizzari Celso, Paganucci, Tommasi, il socio onorario Capezzuoli e i soci corrispondenti Tempesti e Lombroso.

Letto ed approvato, dopo due lievi modificazioni per parte dei Dottori Ceccherelli e Tempesti, il verbale della precedente adunanza, il Segretario dà lettura di un invito diretto dal Rettore dell' Università di Pavia alla nostra Società, perchè prenda parte all' inaugurazione di una statua dedicata al sommo Alessandro Volta; e il Presidente dichiara che quando qualcuno dei soci intenda intervenirvi, e ne fanno promessa i Dottori Baroffio e Grassi, egli sarà ben lieto di poter dar loro il mandato di rappresentanza.

La parola viene data allora al Prof. Cav. Giorgio Roster, che intende comunicare all'Accademia alcuni suoi studi d' igiene pubblica, cominciando dalle acque di fogna.

L'Autore, dopo aver fatto alcune considerazioni generali sull' importanza dell'argomento, manifesta non fosse altro dalla massa enorme di queste impure acque, che a Parigi e a Londra raggiungono la cifra di 100 a 150 milioni di metri cubi all'anno, acqua tutta che scaricandosi nei fiumi gli rendeva veicoli ben temibili d' infezione; dopo avere accennato che non basta sbarazzare case e strade dalle immondezze, raccogliendone il rifiuto nelle fogne e nei collettori e poi nei grandi emissari che le versano nei fiumi a distanza dalla città che le aveva fornite; e dopo avere accennato che con tutto questo il focolaio d' infezione non è soppresso, ma soltanto spostato; si fa a dire che gli studi degli scienziati, degli industriali e delle pubbliche amministrazioni dimostrarono finalmente: che il modo migliore per trionfare di queste cause potentissime d' infezione, senza togliere all'agricoltura le acque stesse che appunto perchè cariche di tante organiche sostanze, costituiscono l' alimento il più prezioso dei terreni; il modo migliore, dico, era quello della filtrazione dei terreni medesimi, perchè così le acque, dopo avervi abbandonato le materie sospese e trasformato le sciolte, servono alla nutrizione delle piante, e ne escono limpide e purificate

in modo, da potere essere ammesse nei fiumi senza pericolo alcuno.

Fatta questa premessa, l'Autore scende a trattare l'argomento di queste acque, studiandole nel loro volume, temperatura e chimica composizione.

Infatti, dopo aver detto come le acque di fogna resultino dall'accumularsi insieme di tutte le materie domestiche, degli scoli delle latrine e degli orinatoi pubblici, dei liquidi dei macelli e più che mai dei rifiuti di tante industrie e manifatture, scende a fare importanti considerazioni sul volume delle acque di fogna, che è sempre in relazione con la quantità di acque distribuite e con quello di pioggia, senza che l'aumento di esse migliori la composizione delle acque stesse di fogna, perchè se da una parte aumenta l' acqua distribuita, dall' altra aumentano pure le industrie e le manifatture che le rigettano impure. Cita la quantità delle acque di fogna rigettata dalle principali città d' Europa; la nostra Firenze ne fornisce circa 14 milioni di metri cubi all'anno; ed osserva che se ne perde sempre una grandissima parte, per imbibizione nel terreno e per evaporazione.

Sulla temperatura delle acque di fogna, osserva non essere questa sempre in relazione con quella esterna; a Parigi per esempio, con una temperatura esterna di 0° fino a 10°, le acque di fogna si mantennero a + 3° o + 4°; e viceversa con una temperatura esterna di 28°, restò questa a 21°. Resultati analoghi ha ottenuto l'Autore dai suoi esperimenti sulla temperatura delle acque di fogna della nostra Firenze, e lo dimostra con 3 quadri che appunto gli riassumono.

Relativamente alla composizione chimica delle acque stesse, comincia dal dire come vi si trovino dei gas e specialmente dell' ammonio, dell' idrogeno solforato, del gas delle paludi, dell'acido carbonico e dell'azoto, e ne ricorda le relative proporzioni; passa in rivista le varie sostanze

minerali tanto sospese quanto sciolte, costituite queste ultime di clorori, solfati e fosfati alcalini e, qualche volta, anche terrosi.

Si ferma ben più a lungo sopra la natura delle organiche sostanze, vegetali ed animali, sospese o sciolte nelle acque, ne studia la relativa decomponibilità, la facile putrefazione e fermentazione, in rapporto specialmente al grado di temperatura, alla loro abbondanza e al loro stato fisico; ne enumera quindi la natura, per quanto è possibile con le attuali cognizioni chimiche in proposito, e conclude che gli elementi appartenenti ad esse sostanze, che maggiormente possono interessare l'igienista, si riassumono nei seguenti:

1° Il carbonio sotto forma di sostanza organica.

2° L'azoto sotto la stessa forma.

3° L'azoto in forma di nitrati o nitriti.

4° L'ammoniaca, in forma di carbonato, derivante dalla decomposizione della materie organiche.

5° Finalmente il cloro, proveniente dalle materie organiche solubili, e in special modo dalle orine.

Terminata la lettura del Prof. Roster, il Presidente concede la parola al socio Dott. Tempesti che si era proposto di parlare *del metodo misto nella cura dei calcoli vessicali.*

L'autore dopo aver toccato alcune generalità sul valore relativo della litotrizia a confronto della cistotomia e sulla necessità di non essere troppo esclusivi nell'uso dell'una o dell'altra, prende a dire: che la litotrizia si fa più di rado di quello che si potrebbe, a causa di certi pregiudizi e delle poche attrattive che ha, essendo operazione che esige molta circospezione e perseveranza nel chirurgo, lo espone a censure più facilmente della cistotomia, e non è brillante come quella. Intanto però occorre di operare talvolta le pietre grosse, che sono quelle peri-

colose a trattarsi, tanto colla litotrizia che con la cistotomia, poichè il volume grande è stato e sarà sempre la causa di frequenti insuccessi. Il Tempesti dimanda: quale può essere la migliore operazione per questa specie di pietre, che non posson curarsi con la litotrizia e che restano affidate ai litotomisti, i quali non son d'accordo sul metodo operatorio più conveniente? Qui, enumerati i vari procedimenti che si raccomandano dagli esperti, dice: che nella diversità dei pareri si crede anch'egli autorizzato a dire il suo, che sottopone al giudizio dei Colleghi, non per mania di fare il novatore, ma per il desiderio di essere utile, persuaso com'è che la sua proposta sarà vantaggiosa.

Accettata la partizione delle pietre in tre classi, piccole mezzane e voluminose, stabilita da Thompson; lasciate da parte le prime due classi come quelle che, generalmente parlando, son devolute, per comune consenso, alla litotrizia, egli si occupa soltanto della terza, mostrando la necessità di suddividerla, perchè troppo grande è lo spazio che intercede dal suo confine colle mezzane all'estremo limite che può talvolta raggiungere un'antica pietra. La suddivide dunque in *grosse*, che hanno il massimo diametro non maggiore di 6 cent.; e *grossissime*, che sono tutte le altre; aggiungendo: che queste delimitazioni di misura sono tutte approssimative ed artificiali, ma utili e necessarie a farsi, sia per lo studio che per la pratica. Ciò posto, dichiara che le pietre grossissime debbono operarsi, senz'altri tentativi, col taglio ipogastrico o rettale, secondo le circostanze, e ne spiega le ragioni. Dunque la incertezza dell'operazione si riduce soltanto alle grosse. Che cosa può farsi di meglio per queste? Dice il Tempesti: la litotrizia è opinione di tutti che non può convenire se non in casi speciali e rari: la litotomia è pericolosa con qualunque metodo, e lo prova il fatto degli sforzi incessanti per inventare nuovi processi (e qui li

cita), che espongano meno ai pericoli dell' emorragia e degli infiltramenti orinosi. L' autore si diffonde sull' errore di calcolo, che si commetterebbe da chi reputasse innocuo lo estrarre, da una data ferita prostatica, una pietra che abbia per diametro la misura della ferita stessa, seguendo la massima di Velpeau, il quale, parlando del taglio bilaterale, stabilisce: che si può praticare una ferita di 20 linee nella prostata e farvi passare un calcolo di 5 o 6 pollici di circonferenza, senza niente lacerare. Si diffonde pure sull' errore di concetto intorno alla dilatazione e, mentre la consente fino a un certo punto, vorrebbe che fosse moderatissima. Non nega poi che con questo metodo d' incisione e dilatazione si sieno estratti calcoli di gran mole, ma l' esito è stato molto spesso letale e perciò appunto la cistotomia presenta statistiche poco felici.

Questo fatto spinse i chirurghi contemporanei a fare la litotrizia perineale, collo scopo di evitare la soverchia incisione e la soverchia dilatazione. Cita Bouisson, Petrequin, Malagodi e Dolbeau che inalzarono a metodo questo compenso di rompere la pietra dalla ferita già fatta al perineo, compenso usato fino dagli antichi, allorchè il calcolo non poteva passare per l' apertura praticata.

Ma disgraziatamente, dice l'autore, cotesta idea non ha corrisposto in pratica, perchè le manovre per romper la pietra dal taglio perineale sono così difficili e prolungate, da costituire l'operando in pericolo anche maggiore di quello che si voleva scansare. Ciò dipende dal vuotarsi la vessica dopo il taglio e dal suo addossamento sul calcolo. Per la qualcosa, citato quì testualmente il parere di molti pratici, conclude con loro: che la litotrizia per la via artificiale non risponde in pratica al concetto teorico, nè può elevarsi a metodo d' elezione, ma deve rimanere, come fu sempre, un espediente pei casi eccezionali, quando cioè il chirurgo si trovi sorpreso dal volume imprevisto della pietra.

Passando ora al metodo misto da lui raccomandato, opina il Tempesti che debba riuscire meglio del precedente ad ottenere lo stesso intento, giacchè, procedendo all'inverso, se ne evitano gl'inconvenienti. Egli vorrebbe, con una o due sedute, al più, di litotrizia incruenta, rompere la pietra in 3 o 4 pezzi, e questi estrarre dipoi, con piccolo taglio perineale, come se il malato invece d'una pietra di 6 cent., ne tenesse tre o quattro di 2 centimetri. Conviene che il paragone non è esatto, ma non teme molto la differenza; perchè, quantunque i pezzi sieno più scabri delle pietre intere, c'è il compenso d'estrarli tutti in una volta col taglio; e se nella rottura si produce anche un po' di tritume, questo si elimina tosto o poi dalla ferita, come l'esperienza ha mostrato ai litotomisti, quando la pietra si sfarina accidentalmente fra le tanaglie.

A questo punto fa una lunga digressione sulla misurazione della pietra, che è indispensabile prima di risolversi a questo, come a qualunque altro atto operatorio. Deplora che un precetto così notorio venga talora trascurato, e da alcuno non voluto; chè così gli è occorso di veder perire, pel taglio lateralizzato, certi operati di pietra piccola, che potevano salvarsi con la litotrizia o col taglio mediano. Tornando l'autore al metodo misto, dice: che gl'incresce di non presentarlo avvalorato da fatti pratici e dubita perciò che gli si faranno delle obiezioni; le quali vuol prevenire per ridurle al giusto valore.

1° Si può obiettare: che le pietre di questa dimensione saranno afferrate difficilmente e scivoleranno, come nella litotrizia perineale.

2° Il calcolo può essere infrangibile.

3° Si obietta un dilemma. — O la pietra non si può rompere, ed è impossibile il metodo misto — O si rompe, e allora si può seguitare la litotrizia, senza fare due operazioni. Se è impossibile romperla, risponde il Tempesti, si tratta d'un'eccezione, a cui bisogna rassegnarsi. Se

si può romperla, abbiamo trionfato; il chirurgo è padrone del campo e ha dinanzi a sè due prospettive. Risparmia il gran taglio, giacchè uno piccolo gli basta per estrarre i 3 o 4 frammenti ottenuti alla 1ª o 2ª seduta. Oppure se le condizioni locali e generali del malato lo permettono, come fu nel caso già narrato, prosegue nella litotrizia. Il Tempesti chiude il suo discorso, facendo osservare: che col metodo misto da lui propugnato per operare le pietre grosse, si hanno i seguenti vantaggi:

1° Non si perdono alcuni casi, buoni per la litotrizia incruenta.

2° Negli altri, si usufruisce la bontà della cistotomia mediana, e si limita la litotrizia a una seduta o due, invece di 10, 20 o più. « In una parola, egli dice, si pone a profitto tutto il buono della litotrizia e tutto il buono della litotomia, schivando ciò che di cattivo o insufficiente sarebbe nell'una e nell'altra, qualora si adoprassero da sole, in certi casi. »

E finisce col dire: che egli adopererebbe la cistotomia semplice, cioè senza precedente litotrizia, nei soli casi che seguono:

1° Per le pietre grossissime.

2° Per le pietre d'ogni dimensione, nei fanciulli maschi, eccettuate le piccole e friabili in quelli prossimi alla pubertà.

3° Per tutti i casi ove la litotrizia fosse assolutamente impossibile, o contro-indicata.

Per facilitare la discussione sulla memoria letta dal Prof. Roster, il Presidente propone che la si debba rimandare all'adunanza prossima, quando lo stesso Autore avrà in questa comunicato la seconda parte della memoria, ed apre intanto la discussione sulla memoria Tempesti.

Il Dott. Ceccherelli dice di non voler discutere se il metodo è buono o no; osserva soltanto che se il Tempesti non sapeva quali resultati pratici si possono ottenere dal

metodo da esso proposto, non ha che cercare nel Bulletin de thérapeutique del 1863, una memoria dell'Alquié, ed in essa troverà descritto il metodo stesso, con più la descrizione di uno speciale fissa-pietra, e la storia di 3 casi nei quali fu adoperato. Lo stesso metodo lo troverà citato nel dizionario del Jaccoud, nel Civiale, e nel Leroy d' Etiolles.

Il Tempesti prova piacere e dispiacere a sentire questa dichiarazione; e si limita soltanto a dire che egli non è stato davvero un plagiario, perchè la memoria dell'Alquié non era a sua cognizione.

Il Prof. Corradi dice: che non può convenire sul modo indicato dal Tempesti, per istabilire le indicazioni e controindicazioni della cistotomia, perchè crede che a questo scopo non basti la misura della pietra; spesso, anzi, dovendosi operare con la cistotomia una pietra piccola e viceversa.

Ma prendendo per punto di partenza il solo volume del calcolo, dice: che fino a 3 centimetri o 3 e mezzo, può essere operato con la litotrizia; oltre codesta misura, si deve dare la preferenza alla cistotomia perineale, finchè il calcolo stesso non abbia dimensioni colossali, perchè allora deve usarsi il metodo ipogastrico.

Respinge la dichiarazione del Tempesti, che da molti si siano fatte cistotomie senza aver misurato il calcolo; ma al tempo stesso conviene che la misura può esser fatta male, potendo avvenire di prender la pietra sempre sullo stesso diametro; in un caso da esso osservato, aveva ottenuto 5 o 6 cent., mentre dopo il taglio riconobbe che il diametro maggiore era di 9; ciò nonostante il malato guarì in 18 giorni.

Ammesso però che il volume del calcolo sia ben conosciuto, crede che fino a 6 cent. si possa estrarre col taglio perineale, senza bisogno di eseguire avanti una o due sedute di litotrizia, come vorrebbe il Tempesti; e qua-

lora fosse al di sopra di tal misura, occorrerebbe il taglio ipogastrico, che fino ad ora è stato ingiustamente abbandonato; infatti, dice il Corradi, senza uscire dall'Italia, un tal metodo ha dato buoni resultati anche ai tempi nostri, come ne fan fede quelli ottenuti dal Forti di Arezzo, che ha sempre usato l'alto apparecchio. Conclude perciò dicendo: che quando non è possibile la litotrizia, userà sempre la cistotomia perineale ed anche quella ipogastrica; ma due operazioni insieme, non crede possan costituire un metodo accettabile, se non in via affatto eccezionale.

Avvalora la sua opinione citando un caso di un Arcivescovo, che il Prof. Burci operò di litotrizia, che peraltro dovè essere interrotta, per essere sopraggiunta una cistite: non volendo il malato sottoporsi di nuovo a questo pericolo, accettò il consiglio del Corradi, di subire cioè la cistotomia, e con questa fu estratta una pietra intera ed un'altra in 7 frammenti; dopo un certo tempo, però, il malato aveva un'altra pietra, che costrinse il Corradi a domandarsi: avrò forse lasciato in vessica l'ottavo frammento? E se questo caso è possibile, non dovrà avvenire spesso col metodo che vorrebbe usare il Tempesti?

Malgrado tutte queste considerazioni, dichiara il Corradi: di non potersi pronunziare in modo definitivo, altro che quando avrà potuto leggere per intero la memoria dell'Autore.

Questi dice: essergli sembrato che tutte le ragioni esposte dal valentissimo clinico, tendano a render sempre più netto il dualismo fra la cistotomia e la litotrizia, senza ammettere una via di mezzo; ma poichè questa esisteva nella così detta litotrizia perineale, egli ha voluto trovare un metodo più razionale di codesto; anzi aggiunge: che finchè si parlerà di litotrizia perineale, egli parlerà del suo metodo misto, con speranza di vincere.

Il Corradi allora replica: credere assolutamente che la litotrizia perineale, proposta dal Dolbeau, debba essere

respinta; ma con essa anche l'altro metodo misto, che è stato usato già da tempo, eccezionalmente, ed anzi è stato criticato; ed aggiunge, che siccome si è sempre riguardato come accidente non lieve della cistotomia la rottura della pietra, nel momento che la si afferra con le tanaglie, egli non accetterà mai un metodo che si propone appunto una tale rottura, prima di praticare il taglio.

Niun'altro prendendo la parola, la seduta pubblica è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 14 APRILE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti: Zannetti Raffaello, Roster, Stefanelli, Romei, Corso, Ceccherelli, Filippi, Marcacci, Bosi, Grilli, Nesti, Carbonai, Simi, Stacchini, Del Greco, Pellizzari Celso, Tommasi e il socio onorario Capezzuoli.

Approvato l'atto della seduta precedente, ha la parola il Prof. Giorgio Roster, per continuare l'argomento delle acque, e più specialmente per parlare *dei metodi di analisi e dei modi di investigazione per giudicarne la purezza e la salubrità.*

Dopo alcune considerazioni preliminari dirette a dimostrare: che lo studio chimico delle acque, sia di fogna, sia di fiume, fatto allo scopo di giudicare il grado di corruzione delle acque stesse, per quanto lungo e difficile, pure può dare resultati abbastanza esatti, quando non si

trascuri alcun modo d'investigazione, scende a parlare appunto di questi modi, citando quelli più acconci a scoprire e valutare, non già le singole materie che possono trovarsi nelle acque, ma bensì l'insieme delle materie organiche tutte e dei loro derivati, che è lo studio più importante dal lato igienico, ed insieme quello più difficile e controverso.

Comincia dal citare i vari processi di analisi chimica diretta, incominciando da quello antico basato, sulla perdita che il residuo solido di un'acqua subisce per l'incinerazione, e che è ormai abbandonato; cita in seguito quello dello Smith che fa uso di un liquido titolato di permanganato di potassa, e dice che anche questo processo non corrisponde per diverse ragioni che espone. Cita anche il processo proposto dal Vankhyn, dallo Chapmann e dallo Smith stesso, pel quale, col mezzo di trattamenti successivi col carbonato di soda, colla potassa caustica e col permanganato di potassa, si può ottenere tanta ammoniaca, da rappresentare tutta quella esistente allo stato libero o in forma di sale ammoniacale, quella dipendente dall'azoto dell'urea e delle altre sostanze azotate dell'orina, e quella finalmente riferibile all'azoto delle sostanze albuminoidi. Cita inoltre il processo del Frankland e dell'Armenstrong che si sono proposti di determinare il carbonio, insieme all'azoto, col metodo ordinario di analisi delle sostanze organiche, che l'Autore descrive minutamente in tutti i suoi particolari. Passa quindi ai metodi di analisi chimica indiretta, che si basano specialmente sulla valutazione dell'ossigeno che può essere disciolto in un'acqua, tenuto conto che la proporzione di questo non può subire notevole diminuzione, che in ragione della presenza delle materie organiche, sciolte e sospese, capaci di assorbirlo; e tenuto anche conto che le acque più cariche di tali sostanze, e perciò più infette, mentre sono più ricche in ammoniaca ed acido azotico, son tanto più povere di ossigeno da

esserne perfino affatto prive. Cita a questo proposito diversi esperimenti eseguiti dal Gérardin, dal Déhéraine e dal Miller sulle acque di diversi fiumi e fa seguire ad essi utili considerazioni, che gli servono di strada a parlare del metodo dello Schutzemberger, che è il più esatto per valutare appunto l'ossigeno nelle acque, e che si fonda sulla proprietà che ha l'idrosolfito di soda di essere avidissimo dell'ossigeno, mentre non ha alcuna azione precipitante sopra le materie contenute nelle acque.

L'A. descrive esattamente tutto il processo, corredandolo di diverse cognizioni chimiche che servono a spiegare l'andamento del processo stesso. Finalmente scende a parlare di quei metodi d'investigazione che si fondano sullo studio delle piante verdi, dei molluschi, delle crittogame e degli infusori, perchè è un fatto ormai dimostrato: che certi animali e certe piante non possono vivere in certe acque e si sa anche che un'acqua può dirsi pura quando vi possono vivere animali e vegetali provvisti di una organizzazione superiore e che è invece malsana quando non è capace di nutrire che crittogame ed infusori. Sarebbe troppo lungo il riferire tutti gli studi citati dallo Autore e specialmente tutte le piante e tutti gli animali che per la loro presenza e assenza possono far giudicare della purezza o insalubrità di un'acqua. Sarà invece utile riportare le conclusioni dell'A. stesso, il quale crede che i mezzi da porsi in opera, con speranza di resultato, per giudicare il grado di purezza di un'acqua, possono ridursi ai seguenti:

1° Valutazione del carbonio organico.
2° Valutazione dell'azoto organico.
3° Valutazione dell'azoto dei nitrati e nitriti.
4° Valutazione dell'azoto totale in combinazione.
5° Valutazione dell'ammoniaca.
6° Valutazione del cloro.
7° Valutazione dell'ossigeno disciolto nell'acqua.

8° Osservazione e studio delle piante verdi e dei molluschi.

9° Esame microscopico delle alghe e degli infusori.

Terminata la memoria del Prof. Roster, il Segretario dà lettura di una memoria del Dott. Domenico Barduzzi di Pisa, *sulla identità o non identità della difterite colla scarlattina*. L'A. dopo avere studiato ed analizzato, tanto coll'aiuto di fatti clinici osservati in diverse epidemie e d'Italia e di fuori, quanto coll'aiuto dell'anatomia patologica, i diversi fenomeni e segni che nelle due malattie in discorso si possono osservare; dopo avere riportate alcune osservazioni a lui proprie, nelle quali difterite e scarlattina avevano corso insieme; dopo avere finalmente preso in esame tutto quanto si riferisce all'andamento, alle successioni e alla terapeutica di queste due malattie, scende a concludere: che non devesi neppure per un momento pensare che queste due malattie sieno fra loro identiche e che quindi non è punto ragionevole nè seria la proposta di inoculare prodotti difterici per preservare dalla scarlattina o del virus scarlattinoso per preservare dalla difterite. Queste prove, certamente non esenti da pericolo, non potrebbero farsi che quando l'identità delle due malattie fosse resa ben manifesta, cosa che è lungi dall'essere attualmente.

Nessuno prendendo la parola sulle due memorie del Prof. Roster, e nemmeno su quella del Dott. Barduzzi, il Presidente fa soltanto osservare che quest'ultimo, avrebbe potuto citare nel suo lavoro il resultato delle lunghe discussioni che in questa Accademia ebbero luogo a proposito della difterite, citazione che non avrebbe mancato di schiarire alcuni punti più importanti del lavoro stesso; e con questo l'adunanza è sciolta alle ore 2 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 28 APRILE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i soci: Zannetti Raffaello, Grilli, Romei, Bosi, Dainelli, Filippi, Ceccherelli, Tafani, Faralli, Stacchini, Simi, Celoni, Turchini, Brigidi, Vecchietti, Marcacci, Bertini e Tommasi.

Ha per primo la parola il socio Dott. Pietro Grilli, per leggere una sua memoria *sulla nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali.*

L'Autore, dopo avere brevemente accennato, con citazioni storiche, come fino da epoca remota sia stata intraveduta ed anche in parte giustamente apprezzata, la importanza funzionale delle circonvoluzioni cerebrali, fa notare che nessuno, fino a tempi recenti, pensò mai a studiarle e molto meno a descriverne la topografia; e ciò egli attribuisce alle erronee convinzioni che gli antichi avevano intorno al modo di sviluppo di quelle ripiegature.

Per dimostrare il suo asserto, il Grilli presenta varii e d'altronde pregievolissimi atlanti di anatomia, ove chiaramente si vede che le circonvoluzioni non sono copiate dal vero, ma disegnate a capriccio; cita poi alcuni autori i quali dal vedere più o meno addossate fra loro le circonvoluzioni, le giudicavano ora aumentate ed ora diminuite di numero. Ed aggiunge come lo stesso Rolando, il quale nel 1829, messo forse un poco sulla buona via dal Vicq d'Azyr, riuscì dopo molte ricerche a stabilire la direzione e posizione costante delle circonvoluzioni, un solo anno prima era sempre nell'errore ed aveva scritto che le circonvoluzioni variano moltissimo riguardo a numero, a volume ed a forma.

È al Rolando che il Grilli attribuisce la scoperta della tipica regolarità delle circonvoluzioni, ma fa notare come di questa scoperta nessuno o tutt'al più pochissimi fecero conto fino al 1844, epoca in cui il Foville e poco dopo il Gratiolet ripresero quello studio e lo ampliarono.

Da quest'epoca in poi, nessuno più dubita della regolare e costante giacitura delle circonvoluzioni, tanto che sentiamo maggiormente il bisogno di averne una esatta e precisa descrizione, accompagnata da una uniforme nomenclatura.

A questo bisogno, in Italia, fino ad oggi, dopo il Rolando, soltanto il Lussana ha pensato, ma non efficacemente, giacchè nè la nomenclatura del Rolando, nè quella del Lussana, si vedono adottate. Di descrizioni e nomenclature estere invece ve ne sono molte; nessuna però fra tutte è stata generalmente accettata; e qui il Grilli si estende nel dimostrare, con tavole di varii autori, come e quanto le diverse nomenclature sieno fra loro discordi, in modo da generare grandissima confusione.

L'A. espone poi come la Società freniatrica, al Congresso di Aversa, si occupasse dell'argomento in discorso e come restasse stabilito:

1° che il lobo frontale dovesse avere per confine posteriore il solco del Rolando, e che alle due circonvoluzioni che limitano questo solco, dovessero darsi i nomi di frontale ascendente e di parietale ascendente.

2° che si dovesse renunziare al sistema di distinguere con numeri le circonvoluzioni di uno stesso lobo, ritenendo più opportuno l'indicarle secondo la loro posizione topografica, con le qualifiche di superiore, inferiore, interna, esterna ec. ec.

3° che la scissura del Silvio non è limitata da due circonvoluzioni, stando in fatto che il suo limite superiore è formato dagli estremi inferiori ed esterni di quattro circonvoluzioni.

Avverte poi come ad Aversa mancasse il tempo per completare questo studio; e quindi, ritenendo che l'unico modo per vedere una classazione o nomenclatura accettata dalla generalità, sia quello di farla partire da un corpo scientifico, propone: che l'Accademia nostra prenda atto di ciò che intorno alla nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali fu deliberato nel Congresso di Aversa, e poi completi, nel modo che giudicherà migliore, questo studio, per pubblicarlo illustrato da apposite tavole.

Terminata la comunicazone del Grilli, ha la parola il Dott. Vincenzo Brigidi, per discorrere delle *alterazioni del simpatico, in un caso di anemia perniciosa.*

Il Dott. Brigidi dice: che se si prendono in esame i casi di anemia perniciosa progressiva che fino a oggi sono stati descritti, non si può fare a meno di rimanere sorpresi della varietà delle alterazioni morbose in essi trovate, alla sezione del corpo. Dopo avere ricordati alcuni esempi in conferma del suo asserto, si domanda: se sia ben fatto considerare tale malattia come una specie nuova o se invece non sarebbe meglio di tenerla in quel conto medesimo che i patologi tengono la epilessia.

Si dichiara favorevole per questo ultimo concetto, ed in appoggio cita il fatto riferito dal prof. Fede di Napoli e l'altro del Prof. Morelli; nel primo l'anemia era dipendente da gravi ed estese alterazioni dello scheletro, mentre nel secondo riconosceva per cagione la presenza degli anchilostomi negli intestini.

Ritenuto che l'anemia perniciosa sia un effetto di condizioni organiche svariate per natura e sede, il Brigidi domanda se fra queste debba riporsi un'alterazione del simpatico addominale. A tale proposito, prima, ricorda un caso riferito da Addisson in cui i gangli celiaci furono trovati degenerati in grasso e poi passa ad esporre il fatto seguente: Certa Casavecchi Luisa, di anni 53, vedova, domestica, nel mese di novembre 1875 si ammalò di una

grave malattia, di cui s'ignora la specie e dalla quale ebbe in retaggio una tinta bianco sporca della pelle. Nel mese di marzo 1878, incominciò a provare un senso di fiacchezza generale che andò aumentando progressivamente, al tempo stesso che il colorito della pelle si faceva sempre più pronunziato. L'indebolimento giunse a tale che più di una volta fu costretta a lasciare il servizio. Finalmente sopraggiunti fenomeni gastrici, fra i quali di quando a quando il vomito, e non potendosi più reggere in piedi, venne allo spedale. Affidata alle cure del Dott. Tarugi ed esaminatala meglio che fu possibile, non poterono essere raccolti fenomeni chiari e decisi di una malattia localizzata a qualche viscere. Non dimeno, non sapendo a che riferire il colorito paglierino della pelle e quella eccessiva debolezza delle forze nerveo-muscolari, e tenuto conto dei fenomeni gastrici e specialmente del vomito, per quanto alla palpazione non si avvertisse alcuna intumescenza all'epigastrio, fu sospettato il carcinoma dello stomaco. Venuta a morte l'inferma, a schiarimento di diagnosi, venne ordinata la sezione del corpo.

Questa fu eseguita 24 ore dopo la morte. Il pannicolo adiposo era bene sviluppato e la cute aveva il colore già notato dal curante. I muscoli volontari erano pallidi e piuttosto sottili. La testa non venne aperta, per riguardo alla famiglia che aveva richiesto il cadavere e perchè il curante assicurò che nessun disordine funzionale ebbe dal lato di quel viscere. Nei visceri della cavità del petto e del ventre non fu trovata alcuna importante alterazione, capace a spiegare l'anemia della quale fu vittima la inferma. Però, prima di abbandonare il cadavere, furono cercati i gangli celiaci e furono trovati oltremodo rimpiccioliti. L'esame al microscopio di questi gangli, appena tolti dal cadavere, fece vedere una staordinaria proliferazione nucleare, specialmente in corrispondenza delle

cellule gangliari, le quali, in parte non piccola, erano sostituite dalla neoformazione. Posti questi medesimi gangli ad indurire nell'alcool ed esaminatili dipoi più accuratamente, si notò una proliferazione degli endoteli delle capsule che racchiudono le cellule nervose: i giovani elementi comprimevano queste cellule, le quali, dopo essere giunte ad un grado estremo di atrofia, si decomponevano in granuli molecolari che apparivano dispersi fra i nuclei neoformati. Un'analoga alterazione fu notata nelle altre parti del ganglio ed in particolar modo fra le fibre nervee, le quali, in numero piuttosto ragguardevole, avevan soggiaciuto alla degenerazione grassa.

Narrato il caso, il Brigidi dice: di non ignorare che può essergli fatta una forte obiezione: quella, cioè, di aver dato per anemia perniciosa un fatto che è stato studiato incompletamente, tanto dal lato clinico, quanto dal lato anatomico. Però soggiunge: che, a meno non si voglia troppo sottilizzare, sarà facile di riconoscere nella storia da esso narrata, la fisionomia clinica dell'anemia perniciosa. Ma qualora non si creda di dovere ritenere per tale la malattia che afflisse la Casavecchi, sarà sempre questo un bell'esempio di anemia, legata a lesione del simpatico, e perciò appunto importante dal lato specialmente clinico, per vedere se è possibile di determinare una simile condizione morbosa al letto del malato. E questo, secondo il Brigidi, non sarebbe la prima volta che l'anatomia patologica va avanti alla clinica; la storia della tise e quella delle affezioni renali ne sono un esempio luminoso.

In quanto a dare la spiegazione dell'anemia, per una lesione del simpatico, al Brigidi non sembra che sia cosa facile. Si sa, egli dice, che i gangli celiaci presiedono al regolare andamento del circolo addominale. In conseguenza, una alterazione di questi gangli deve apportare un disordine nel circolo, specialmente del tubo gastro enterico, e perciò, la digestione, la chimificazione e l'assor-

bimento del chilo, non devono effettuarsi come nello stato normale. Di qui una prima cagione di discrasia sanguigna. Si sa inoltre, che i gangli predetti dispiegano un'azione di rallentamento del cuore; e ciò viene provato da tutte le malattie irritative degli organi chilo-pojetici, come pure dai colpi sulla regione epigastrica, che talvolta sono stati seguiti dalla sincope, non chè dalle irritazioni ad arte prodottevi. Ora, come si sa, il rallentamento del cuore è sempre seguito da un minor numero di respirazioni; di qui altri due fatti importanti: cioè un minore assorbimento di ossigeno ed una minore distruzione delle sostanze idrocarbonate; ciò che contribuisce ad aggravare la discrasia preesistente, mentre dà ragione dell'accumularsi dell'adipe nel tessuto connettivo. Fatte queste considerazioni, l'autore dimostra ai Soci i preparati microscopici relativi al caso in discorso e quindi il Presidente, apre la discussione sulla memoria letta dal Dott. Grilli.

Il Dott. Filippi, si congratula con l'autore per aver messo in evidenza un fatto di molta importanza, tanto per gli studii dell'anatomia che per quelli di fisiologia, come anche per certi studii di confronto del cervello umano con quello di altri animali. Ma appunto perchè il fatto è importante e il Dott. Grilli ha avuto occasione di studiarlo in tutte le sue parti, crede conveniente che il Grilli stesso compia i suoi studi in proposito, e faccia quindi all'Accademia una proposta sulla nomenclatura che Egli preferirebbe, perchè poi su questa l'Accademia medesima avrebbe agio di discutere.

Il Grilli risponde: che la cosa non è punto facile; bisogna stabilire nettamente i limiti delle circonvoluzioni, facendo bene attenzione a quelle che sono in via di evoluzione e che si conoscono col nome di circonvoluzioni di passaggio; desidera perciò che si faccia una raccolta di cervelli, se ne ricavi la forma col gesso, oppure s'induriscano e poi si coloriscano come ha fatto il Dott. Stac-

chini, e dall'insieme dei dati raccolti, si decida sul limite di ogni circonvoluzione e se ne stabilisca poi il nome.

Il Presidente, dovendo mettere a partito la proposta Grilli, prega questi a formularla in modo esatto; il Grilli perciò la stabilisce in questi termini: Egli propone:

1° Che la Società prenda atto di ciò che intorno alla nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali fu deliberato al Congresse di Aversa.

2° Che voglia completare, nel modo che giudicherà migliore, quello studio, per pubblicarlo illustrato da apposite tavole.

Il Filippi insiste che questo studio venga fatto dal Grilli.

Allora il Presidente mette meglio in chiaro la questione insorta, dicendo sembrargli: che la difficoltà non stia nel dare un nome alle circonvoluzioni; ma bensì nello assegnare loro i limiti; cosa che non è stata fatta finora; e siccome per far ciò occorre avere a disposizione molti mezzi di studio e molti cadaveri, così il Grilli si è rivolto all'Accademia, perchè in questa si nomini qualcuno che lo aiuti in tale difficile studio.

A queste dichiarazioni si arrende ben tosto il Filippi, perchè credeva che si trattasse della sola nomenclatura.

Dopo qualche altra replica e controreplica del Grilli, e dopo poche parole del Brigidi che vorrebbe non si mettesse fuori una nuova nomenclatura, ma si prendesse in esame una di quelle migliori già in uso, la proposta del Grilli viene approvata per alzata di mano.

Viene incaricato allora il Presidente di nominare la Commissione che si deve occupare di questo studio, e vengono pregati a farne parte il Dott. Grilli, Brigidi, Stacchini e Filippi, che dichiarano tosto di accettare.

Sulla memoria del Dott. Brigidi, il Presidente prende la parola per domandare all'Autore, qual valore dia allo anchilostoma duodenale nel caso narrato dell'anemia perniciosa.

Risponde il Brigidi, che non è ben deciso in proposito; ma crede molto grande l'influenza di un tale entozoo sullo intestino, ed anche sull'organismo in generale, perchè, specialmente nel duodeno, egli ha riscontrato ecchimosi e turgore della muccosa: e conclude dicendo: che, almeno per ora, non crede di potere annoverare l'anemia perniciosa fra le malattie essenziali.

Con questo l'adunanza è sciolta alle ore 2 e mezzo p.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 12 MAGGIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente*.

Soci presenti: Tafani, Paoli, Marcacci, Pellizzari Celso, Romei, Tommasi, Zannetti Prof. Ferdinando, Paganucci, Zannetti Raffaello, Baroffio, Grassi, Dainelli, Stacchini, Ceccherelli, Corso, Celoni, Simi e Campani.

Letto e approvato il processo verbale del Segretario degli atti, ha la parola il Dott. Tafani il quale, a nome suo e del Dott. Brigidi, comunica alla nostra Società i resultati di alcuni loro studii embriologici, riguardanti il *periodo preparatorio dello sviluppo del Cyprinus auratus*. Dice: che i medesimi studi sono stati intrapresi da tre anni nel laboratorio d'anatomia patologica di questo Istituto, ove sono stati condotti a buon termine, tanto che spera di poter presto pubblicare per intiero la embriologia del cyprinus, negli *Archivi* della scuola.

Fa riflettere che le condizioni dell'esperimento sono in questo caso vantaggiosissime, giacchè si tratta di un

animale che ha le uova piccolissime e che può vivere, dopo tolto dalla membrana testacea, a lungo, sotto il campo del microscopio, senza risentire alcun danno. Perciò egli crede che le conclusioni che essi ne hanno potuto trarre, siano molto soddisfacienti, non fosse altro perchè i loro studii sono stati eseguiti sempre sopra elementi fisiologicamente viventi.

Le conclusioni che l'Autore trae, riguardo al periodo preparatorio dello sviluppo del cyprinus, sono:

1° Che le uova studiate dal primo presentarsi nello ovaio fino a che non sono espulse e fecondate, si possono distinguere in tre gruppi.

2° Che al primo gruppo si devono ascrivere le uova più piccole, contenenti una parete cellulare, un protoplasma, un nucleo ed un nucleolo.

3° Che al secondo gruppo si devono ascrivere quelle uova in cui è scomparsa la vessicola germinativa, in cui rimane però sempre qualche straccio di essa, sparso più qua e più là, ed in cui cominciano ad essere abbondanti le goccie vitelliniche.

4° Che il rapporto fra la cellula ed il suo nucleo non è costante, studiato nei varii periodi: la vessicola germinativa, ad esempio, che nelle uova più piccole non misura un terzo del loro diametro, nelle più grandi arriva a misurare i tre quinti.

5° Che la vessicola germinativa, quando ha raggiunti i tre quinti circa del diametro dell'uovo in cui è contenuta, si rompe.

6° Che nelle goccie vitelliniche delle uova del secondo gruppo, si trovano dei corpi grassi che cristallizzano, in seguito al raffreddamento.

7° Che le uova del secondo gruppo si mostrano opache e di colore giallo-arancione, a motivo della grande quantità di corpi grassi che contengono.

8° Che le uova di questo gruppo, trattate con una

soluzione d'acido solforico, si colorano di un bel verde mare; la qual cosa indica che è incominciata a formarsi la membrana testacea.

9° Che al terzo gruppo si devono ascrivere le uova già grandi, di 8 o 9 decimi di millimetro, nelle quali si nota la presenza di un cumulo polare.

10° Che il cumulo polare, nelle uova non peranco mature, è fatto da elementi grandi, rotondi, di 20 m., opachi e contenenti molte goccie di sostanze grassose a contorni marcatissimi.

11° Che lo stesso cumulo polare, nelle uova mature e non fecondate, contiene i medesimi elementi che nelle altre, non più opachi, ma trasparenti, che mostrano nel loro seno, ma separate, alcune goccie grassose.

12° Che, per conseguenza, anche prima della fecondazione, esiste ad un polo dell'uovo un ammasso d'elementi diversi, per volume e composizione, dagli altri del vitello, resultando essi d'una sostanza proteica quasi diffluente, in cui si trovano sospese delle gocciolette grassose.

13° Che finalmente l'ovulo cambia di composizione, durante il suo soggiorno nell'ovaio. L'ovulo, che ancor racchiuso nella sua capsula è opaco, diviene trasparente quando è maturo; e ciò devesi all'ictulina che si trasforma e viene sostituita dall'albumina.

14° Che i primi fenomeni dopo la fecondazione si presentano nelle grosse sfere, costituenti il nucleo polare, e sono rappresentati, non già dalla loro divisione, ma dalla miscela intima che si compie fra i loro componenti. Così tali sfere appariscono omogeneamente e finissimamente granulose.

Terminata la comunicazione del Dott. Tafani, il Dott. Marcacci legge una memoria intitolata: Nuovi fatti in prova della esistenza di una forma fisiologica di albuminuria.

A sostegno della sua tesi, l'Autore riferisce una Autosservazione, che ritiene della massima importanza, essendo

frutto di oltre dieci anni di studio, nel qual periodo si è potuto assicurare della perfetta integrità delle glandule renali. Lo studio del fatto proprio ha condotto l'Autore alle osservazioni seguenti:

1° Costante assenza dell'albumina nelle orine della notte.

2° Rarissima assenza dell'albumina nelle orine del giorno: se mancò, fu soltanto nelle ore diurne più lontane dai pasti. Così gli avvenne di non trovarla un giorno alle 2 pom., malgrado il moto fatto nella mattinata, ma in istato di digiuno.

3° Ad eccezione di questa ultima volta, ricomparsa dell'albumina agitando e rotando le braccia per dieci o quindici minuti, in modo da far salire le pulsazioni delle radiali dalle 70 circa sopra a 115.

4° Nella posizione orizzontale, anche se mantenuta durante il giorno, assenza d'albumina, anche malgrado una copiosa ingestione di sostanze albuminoidi; condizione, questa ultima, che nella posizione verticale fa abbondantissima la separazione dell'albumina.

5° Mancanza assoluta e sempre di cilindri d'ogni qualità e composizione, di pus, sangue ed epitelio dei canalicoli.

Gli altri fatti riferiti dal Dott. Marcacci, appartengono al Prof. Leute, di Erlangen, che su questo argomento scriveva, non ha guari, un lavoro negli Archivi di Virchow. Il Leute praticava le sue ricerche sui soldati della guarnigione di quella città, esaminati prima accuratamente per escludere la blenorragia o qualche lesione cardiaca. Qui, il Marcacci riporta il metodo del quale si è servito nelle sue analisi il Prof. Leute, per la ricerca dell'albumina; riporta infine le conclusioni che son le seguenti:

L'orina del mattino, su 154 diverse osservazioni, dette 6 resultati positivi. Sopra 148 osservazioni, fatte dopo mezzogiorno, si ebbero invece 18 resultati positivi.

Calcolata la frequenza su 100, in questi diversi esami, offrì i resultati riassunti nel modo seguente:

1° L'orina del mattino fu trovata albuminosa in 5 soldati su 119, che è quanto dire 4,2 per cento.

2° Quella del mezzogiorno era albuminosa in 19 soldati sopra 119, ossia 16 per cento.

3° L'orina del mattino e del mezzogiorno ugualmente albuminosa in 5 soldati su 119, cioè nella proporzione di 4,2 per cento.

L'analisi quantitativa, praticata in due delle orine più riccamente fornite di albumina, dette per risultato una quantità di albumina pari a 38 millig. per cento in un caso e a 37 nell'altro.

Questi fatti, concludeva il Dott. Marcacci, servono mirabilmente a confermare la previsione teorica della esistenza di una forma fisiologica di albuminuria, e sono i soli che la scienza possegga, quale frutto di ricerche appositamente intraprese per risolvere tale questione.

Dopo il Dott. Marcacci, ha la parola il Dott. Campani il quale legge una memoria sul *protossido d'azoto o gas esilarante, come anestetico, in odontojatria.*

Egli ricorda la discussione sorta in seno alla Società, sul tema degli anestetici e specialmente sull'etere e sul cloroformio. Passa quindi a tracciare la storia del protossido d'azoto, che fu il primo anestetico scoperto, ma la cui azione fu ritenuta fino da prima pericolosa; e su questo, riporta l'opinione di molti scenziati. Viene poi a studiarlo nella sua applicazione all'anestesia, specialmente per la estrazione dei denti e nella sua azione particolare sul pneumogastrico, inducendo un leggiero grado di asfissia. Enumera i diversi casi di morte, avvenuti dietro alle inspirazioni di tal gas, e i danni che porta con sè tale anestesia, quando non è seguita da esito funesto, secondo la relazione del Dott. Bercher. Su tale argomento cita ancora

dei fatti propri, dai quali resulta come egli ebbe a deplorare delle fortissime convulsioni.

Prese poi a fare un confronto fra il cloroformio e il protossido d'azoto; si dichiara completamente partigiano del primo, perchè più sicuro, di azione più prolungata, con minori inconvenienti, di più facile applicazione e di minor costo.

Conclude dicendo: che fino al momento in cui l'odontoiatria non sarà fatta segno di studi molto più severi e profondi, di quel che non sia oggi, egli spera che i medici vorranno consigliare i loro clienti a tollerare piuttosto il dolore istantaneo di una estrazione di un dente, piuttostochè andare incontro ai pericoli di tale anestetico.

Terminate così le letture e nessuno prendendo la parola sulla comunicazione del Dott. Tafani, si apre la discussione sulla memoria del Dott. Marcacci.

Tommasi. Riferisce come nelle molte analisi fatte nel Laboratorio di Chimica Patologica della scuola, una sola volta è avvenuto di trovare albumina nelle orine di un soggetto, nel quale ciò si poteva ritenere come un fatto che non tenesse rapporto con malattia renale, nè con una affezione dell'apparato circolatorio. Si trattava del custode del Gabinetto, il quale, dopo i pasti, presentava l'albumina nelle orine.

Corso. Accenna come da lungo tempo si è parlato di questa albuminuria fisiologica, ma che l'albumina esiste in piccola quantità ed aumenta soltanto quando l'individuo, soggetto di studio, viene sottoposto ad un uso moderato di albumina. Secondo il suo modo di vedere, perchè si possa presentare un caso di albuminuria fisiologica, bisogna che l'albumina venga trovata in proporzioni ragguardevoli. A questo proposito, rammenta come un tempo si credesse tenere ad uroemia la presenza dell'urea nel sudore, mentre questo materiale si ha anche allo stato fisiologico.

Tommasi. Avverte che la quantità dell'albumina non è un criterio di molto valore, perchè tanti sono i casi di nefrite nei quali l'albumina è in piccola quantità.

Marcacci. Domanda al Dott. Corso quali sono i libri nei quali si trova uno studio completo e particolareggiato dell' *albuminuria fisiologica.* Fa notare inoltre: che nei casi riportati da lui, non si trattava di soggetti sottoposti alla ingestione di albumina; che si deve di più fare attenzione alla differenza che corre fra la presenza della vera albumina e quella di altre sostanze albuminoidi, che è stata verificata da molti osservatori.

Corso. Rispondendo al Tommasi, dice: che egli non ha inteso parlare di albuminuria per malattia renale, quando ha parlato della quantità dell'albumina, ma degli individui sani, nelle orine dei quali tale sostanza deve trovarsi in molta quantità perchè si possano riguardare come esempi di *albuminuria.* Quanto alla domanda del Dott. Marcacci, è dolente di non poter ricordare quali autori si siano occupati di tale argomento, e può solo accennargli il lavoro del compianto Dott. Correnti.

Si passa quindi alla discussione sulla memoria del Dott. Campani.

Baroffio. Ricorda come il rapporto che corre fra la inalazione del protossido d'azoto e il provocarsi delle convulsioni, sia da molto tempo conosciuto e che fu anzi proposto come un mezzo, in medicina legale, di provare la epilessia fra i militari. Rammenta di più: come si pensò poi a sostituire l'etere al protossido d'azoto, sempre con lo stesso intendimento di provocare gli accessi epilettici; e come, essendosene dovuto occupare, egli trovò che l'etere era capace di provocare convulsioni anche in individui che non avevano mai sofferto di epilessia, e pubblicò su tale argomento uno scritto. Mettendo ora d'accordo questi suoi fatti con le cose accennate dal Dott. Campani, egli pure ritiene che si debba dare la preferenza al cloroformio.

Ceccherelli. Domanda al Dott. Campani, se ha ottenuto anestesia completa col protossido d'azoto.

Campani. Dice che ha già accennato nel suo scritto come: un inconveniente del protossido d'azoto, sia quello di non dare anestesia completa.

Corso. Secondo quel che ha veduto, può assicurare che si raggiunge un' anestesia completa, ma che dura pochissimo.

Ceccherelli. Ricorda di averlo veduto usare molto spesso dal Prof. Thompson e che questi gli dava la preferenza, perchè l'anestesia si produceva rapidamente.

Nessun altro prendendo la parola, la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il V. Segretario
Dott. C. Pellizzari.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 26 MAGGIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente*.

Sono presenti i socii: sigg. Zannetti Raffaello, Baroffio, Pellizzari Celso, Tafani, Pegna Enrico, Romei, Dainelli, Targioni, Faralli, Marcacci, Ceccherelli, Bosi, Nesti, Eccher, Celoni, Tommasi e il socio corrispondente Diomede Buonamici.

Letto ed approvato l'atto della seduta precedente, ha per primo la parola il Dott. Baroffio, per parlare della gelsomina e della pilocarpina, alcaloidi che si vorrebbero sostituire all'atropina ed all'eserina nella pratica oculistica.

L'A. dopo aver detto come si preparino, e quali ne siano i caratteri fisici e chimici, dice di averli esperimen-

tati a confronto con l'atropina e l'eserina, adoprando si dell'uno che dell'altro, il cloridrato chimicamente puro, che erasi procacciato dal Merck, di Darmstadt.

Dai suoi esperimenti di confronto potè verificare: che la gelsomina non produce effetti di midriasi, altro che dopo un'ora dalla sua instillazione nell'occhio; raggiunge l'azione massima dopo 2 ore; e dopo 6 ore ogni effetto è scomparso: la dilatazione massima non supera mai i 7 millimetri di diametro, e non paralizza mai completamente l'azione accomodativa dell'occhio.

La pilocarpina, poi, produce effetti miotici come l'eserina, ma sono più lenti a sorgere e prontamente fugaci, ed è perciò che non produce quello spasmo doloroso, per azione riflessa, sul ganglio ciliare, come fa l'eserina.

Conclude l'Autore: che i due alcaloidi in discorso, potranno avere delle speciali indicazioni terapeutiche, ma come reagenti midriatici e miotici non potranno mai detronizzare l'atropina e l'eserina.

Successivamente, il Dott. Enrico Pegna comunica alla Società *alcune reazioni dell'acido salicilico, specialmente se unito al solfato di chinino.*

Ecco le reazioni proposte dall'Autore.

1° 5 decigrammi di solfato di chinino si sciolgono in acido solforico diluto e vi si affonde qualche cristallino di bicromato di potassa: se il solfato è puro, viene subito un bel color verde; se contiene acido salicilico, il color verde è sporco e scuro.

2° 5 decigrammi di solfato sono sciolti in acqua acidulata con acido solforico, in un tubo da saggio: aggiunge 1 grammo di biossido di manganese in polvere e toglie il tutto dall'influenza della luce. Dopo un'ora o due, se il solfato conteneva acido salicilico, viene un color giallo più o meno intenso, secondo la quantità dell'acido stesso.

3° A 5 centigrammi di solfato, sciolti in acido solforico diluto, si aggiungono due pezzetti di zinco granulato

ed il miscuglio vien lasciato a sè stesso per 24 ore. Si tratta allora con alcool assoluto, che precipita il solfato di zinco; si evapora il liquido in una capsula, con una piccola lamina di zinco, metallico. Se vi è acido salicilico, presso la lamina di zinco vedesi comparire una colorazione rossa, dovuta alla salicina o alla saligenina.

Alla consueta soluzione di solfato, aggiunge 15 c. c. di alcool; versa il tutto in una capsula, con due o tre pezzetti di lamina di zinco ed espone a lieve calore. Lo idrogeno che si svolge converte in parte l'acido salicilico in aldeide salicilico, riconoscibile all'odore caratteristico.

Queste, le reazioni che l'Autore propone e che non manca d'illustrare con diverse considerazioni, che valgono a meglio spiegarle.

Ha quindi la parola il Dott. Celso Pellizzari, per parlare del *Tayuya come antisifilitico.*

Dopo diverse considerazioni sullo scopo che si è proposto nel trattare questo argomento ed altre sopra la cura mercuriale della sifilide, l'Autore si propone questi tre quesiti:

1° Il Tayuya è capace di sedare i dolori gravissimi, atroci, che sogliono precedere o accompagnare le forme secondarie, oppure essere un'espressione di forme tardive sifilitiche?

2° Il Tayuya ha potenza vera di fare sparire le forme che talora costituiscono un semplice *tormento morale* (ciò che non è indifferente), talora una molestia grave, pertinace fino a un grado di spasimo, talora un pericolo di guasti irrimediabili?

3° Il Tayuya preserva dalle recidive?

Per rispondere in modo plausibile a questi quesiti, l'Autore riporta per esteso 9 osservazioni di malati, che ebbe occasione di assistere e curare nella clinica sifilitica diretta dal suo zio, il Prof. Pietro Pellizzari, e ne trae le seguenti conclusioni:

1° Che il Tayuya non ha virtù medicamentosa contro i dolori sifilitici, o almeno contro quelli che si verificano quasi sempre all'apparire delle prime forme cutanee.

2° Che se il Tayuya ha potenza di vincere le manifestazioni della sifilide, questa potenza deve essere *per lo meno* molto debole.

3° Che in quasi tutti i suoi ammalati ha avuto recidive durante la cura e in diversi di loro delle recidive assai gravi e talora gravissime anche un mese e perfino cinque mesi dopo la scomparsa assoluta delle prime manifestazioni.

Dopo queste conclusioni abbastanza nette, l'Autore domanda a sè stesso come mai esse sieno tanto differenti da quelle di altri Autori che hanno tenuto il Tayuya tanto utile e vantaggioso? E gli è facile rispondersi, perchè fra i casi di sifilide felicemente curati, ha trovato dei malati affetti da adeniti, da ulceri molli, da blenorrargie uretrali, da catarri uterini e perfino da semplici vegetazioni!

Ecco perchè l'Autore si crede autorizzato a chiudere la sua memoria con queste parole, che trascrivo testualmente:

Quando vedo un medicamento che mi guarisce dal *lupus sifilitico*, ai porri, dalla sordità quasi congenita alla *scrofola erettile* (sic!) io non mi maraviglierei che presto mi si dicesse atto a guarire il tubercolo e il cancro. Si tratta dunque di una panacea universale. Non mi resta allora che a riporlo fra gli specifici *depurativi del sangue*, in quella classe di medicamenti che i malati si ordinano tanto spesso da sè, che da vero non vi è bisogno che il medico vi porti sopra la sua attenzione.

Sulla memoria del Dott. Baroffio e del Dott. Pegna nessuno prende la parola; su quella del Pellizzari, dice il Dott. Marcacci: che nella clinica e nello Spedale delle malattie della pelle, il Tayuya è stato usato in cinque casi di scrofulide, senza alcun resultato, sebbene lo si

usasse anche per cinque mesi; in un solo caso di lupus, dopo 20 giorni circa di cura esterna e interna, si ebbe qualche resultato benefico.

Il Dott. Zannetti dice: di averlo esperimentato insieme al Dott. Lecchini, durante il 1876, nel nostro Sifilicomio; e in cinque casi di sifilide, nei quali fu adoperato, tanto per uso interno, quanto per uso esterno, sulle forme locali non potè ottenere alcun vantaggio. In un solo caso, nel quale era stata incominciata la cura mercuriale e si era ottenuto perfino la salivazione, fu usato con qualche successo il Tayuya. Soggiunge poi: che il Dott. Faraoni cita come casi di sifilide, guariti col Tayuya, due casi del Dottor Gamba, che invece si riferivano a scrofulide e dice che in altri tre casi, ma di vera sifilide, il Gamba stesso non ottenne alcun resultato, sebbene in uno fossero state fatte di nascosto anche delle frizioni mercuriali.

Terminate queste osservazioni sulla memoria letta dal Dott. Pellizzari, il Presidente concede la parola al Professore Alberto Eccher, che desiderava fare una breve comunicazione, sebbene non all'ordine del giorno, sulle forze elettromotrici sviluppate dalle soluzioni saline, a diversi gradi di concentrazione, coi metalli che ne costituiscono la base.

Ancora nel laboratorio del compianto Prof. Magnus, eseguiva l'Autore la determinazione di alcune delle forze elettromotrici. Nel 1875, parendogli che i fenomeni da lui osservati si prestassero ad una interpretazione più larga, invitato dal Ministero a presentare i suoi titoli per una promozione, stese una memoria sulle cose da lui osservate, che fu aggiunta manoscritta.

Era sua intenzioue di determinare le forze elettromotrici osservate, ed estenderle a maggior numero di casi; ma per diversi motivi non si occupò più di detta memoria. Ora, in occasione del concorso a due Cattedre Universitarie, stretto nuovamente dal tempo, pubblicò la memoria già presentata manoscritta nel 1875.

Ma durante la stampa di questa, fu sorpreso da una memoria del Prof. Möser, inserita nel n° 2 degli Annali di Paggendorff, anno corrente, memoria che è annunziata come estratto d'una pubblicazione, fatta già nel novembre 1877, all'Accademia delle scienze di Berlino.

In complesso, il Prof. Möser osservò fatti analoghi a quelli già da lungo tempo studiati dall'Autore. Sono perfettamente d'accordo che: ogni qualvolta, in due soluzioni diversamente concentrate d'uno stesso sale, s'immergono elettrodi del metallo che forma la base del sale, si ha una corrente che dalla soluzione meno concentrata va alla più concentrata.

Cita anzi per esteso l'opinione del Prof. Möser e dice sembrargli: che, siccome l'elettrode della soluzione più concentrata va ricoprendosi di metallo, mentre altrettanto se ne scioglie di quello immerso nella soluzione più diluita, non si possa sostenere in modo assoluto che sia esclusa un'azione chimica. È vero che, ammesso una volta che le due soluzioni diversamente concentrate dieno una corrente fra di loro, si potrebbe considerare l'azione chimica come un effetto di detta corrente; ma perchè non come causa? Nelle sue esperienze, ha sempre trovato: che immergendo nelle soluzioni, diversamente concentrate, elettrodi, p. es. di platino o di altro metallo non attaccabile, cessa ogni corrente, mentre se fosse questa dovuta esclusivamente alla diversità di soluzione, gli elettrodi di platino, nel caso, p. es., del solfato di zinco avrebbero dovuto dare la medesima deviazione di quelli di zinco. Epperò ritiene, per ora, che realmente la corrente sia dovuta ad una reazione delle soluzioni diversamente concentrate sugli elettrodi. Quanto all'intensità delle forze elettromotrici osservate, è d'accordo col Möser nel trovarle qualche volta si grandi, da raggiungere il valore di un quinto Daniell. Il Prof. Möser, poi, trova che le forze elettromotrici seguono la serie di Volta. (Spammgsreche). L'Autore, invece, avrebbe

trovato in più: che crescendo il rapporto di diluzione fra le due soluzioni in progressione geometrica, le forze elettromotrici aumenterebbero in ragione aritmetica. Ma non insiste su questo fatto. Le forze elettromotrici furono, come è già stato indicato, da lui misurate con un metodo, forse non il più adatto, e fin da quando faceva la sua pratica nel laboratorio del compianto Prof. Magnus.

Il Prof. Möser, finalmente, non ha mai osservato l'inversione di corrente che ha luogo qualche volta quando una delle soluzioni è diluitissima, o vi si sostituisca l'acqua, e nemmeno come, in certi casi, la diluzione artificiale, a mezzo dell'acqua, dia una corrente inversa a quella che s'ottiene, se la soluzione varia di densità pel passaggio della corrente elettrica. L'Autore stesso, pel momento, si astiene dal dare una spiegazione del fenomeno, che forse potrebbe avere una certa importanza, per decidere a che cosa sia dovuta la corrente di reazione ch'egli assomiglierebbe alla corrente di polarizzazione. In ogni modo, è omai un fatto acquisito alla scienza, che la corrente che decompone un elettrolite genera un'altra corrente, la quale tende a ristabilire l'uniformità di concentrazione modificata dal passaggio della corrente principale.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 16 GIUGNO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente*.

Sono presenti i soci: signori Zannetti Raffaello, Ceccherelli, Celoni, Grassi, Bertini, Marcacci, Faralli, Simi, Pellizzari Celso, Tafani, Corso e il socio emerito Dottor Giacomo Almansi.

Ha la parola il Dott. Pietro Celoni, che legge sopra un caso di *poliartrite reumatica* da lui stesso curato nella primavera dell'anno 1877, in un giovine di 36 anni, avvocato di professione. Questo caso è importante per essersi sviluppati improvvisamente, nel mattino dell'ottavo giorno di malattia, dei gravi fenomeni cerebrali, dovuti a uno stato d'iperpiressia, come dimostrò il termometro che, tenuto applicato per soli cinque minuti nella cavità ascellare, salì a 42,6°. Detti fenomeni furono felicemente combattuti con la vessica di ghiaccio sul capo, frizioni di ghiaccio alle braccia e pezzetti di ghiaccio per uso interno, col qual mezzo si ottenne che nelle prime ore pomeridiane la temperatura scendesse a 39,5°. La temperatura risalì il giorno appresso a 41,1°; ma nuovamente combattuta nella stessa guisa, cedè poco a poco per dar luogo, per lisi, ad una completa defervescenza al XXVIII giorno di malattia.

L'A. prende occasione dall'avere il malato mostrato della miliare alba e rubra, per considerare queste eruzioni come effetti dei sudori così propri di questa malattia, nella quale non hanno affatto un significato critico. Ammette con Hebra: non doversi ritenere come vera miliare che la sola forma di miliare detta cristallina, riguardando come sudamina le altre forme di miliare rubra ed alba. Ammette con lo stesso Hebra: che la miliare cristallina può associarsi a

qualunque malattia febbrile senza modificarne minimamente il decorso e deplora, in ossequio alla scienza e alla umanità, l'abuso che si è fatto di questa eruzione, riguardandola come una malattia ex se e disconoscendo o tenendo in conto secondario la malattia primaria, cui consociavasi la miliare.

Parla infine della cura in genere della poliartrite reumatica, raccomandando, dietro le proposte del Prof. Senator, l'uso generoso degli alcalini, l'applicazione del freddo sulle articolazioni affette, i bagni freddi o le affusioni fredde unitamente al chinino ad alte dosi o la digitale nei casi di iperpiressia, non che il cloralio e la morfina od ambedue insieme contro l'insonnio.

Il Segretario delle corrispondenze, Dott. Raffaello Zannetti, prende la parola per presentare alla Società, a nome del Dott. Adolfo Tarchiani, medico-chirurgo a S. Croce sull'Arno, una mascella inferiore necrosata per esalazione fosforica. Il Dott. Zannetti narra in proposito le seguenti particolarità:

La mascella apparteneva ad una giovine fiammiferaia, di nome Maria Puccini, che fino dal 1876 cominciò a provare un oscillamento ed un allungamento tale dei denti, da costringerla a farsegli estrarre. Il 10 marzo 1877 venne inviata a questo R. Arcispedale ed accolta nel turno del Prof. Paoli. Non gli furono apprestate cure speciali; ma un anno dopo, essendo ormai da molti mesi tornata a casa sua, il Dott. Tarchiani praticò, in più sedute, la sinfisotomia mentoniera; e nei giorni 3 e 11 dell'aprile, estirpò per dissezione la parte destra e sinistra della mascella. La donna è guarita senza presentare deformità apprezzabile, come lo mostra la fotografia che il Dott. Zannetti presentò alla Società, insieme alla mascella estirpata.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

NONA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 14 LUGLIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente*.

Sono presenti i signori: Faralli, Simi, Dainelli, Tommasi, Ceccherelli, Paoli, Stacchini, Tafani, Paganucci, Celoni e Marcacci.

Ha la parola il Dott. Simi per leggere una memoria sulla enucleazione del globo oculare per prevenire l'oftalmia simpatica, memoria che, come egli accenna, è destinata a richiamare l'attenzione di tutti i pratici sopra fatti clinici che i medici oculisti hanno omai riscontrati e studiati convenientemente. Trattasi appunto della necessità della enucleazione di un occhio ammalato e perduto alla funzione, quando è capace di dar luogo a malattia, per azione reflessa, sull'occhio opposto. E dicesi quando è capace di dar luogo e non quando ha dato luogo, perchè in quest'ultimo caso può darsi benissimo che l'operazione sia inutile e tal fiata eziandio perniciosa. E questo avviene per le forme di oftalmia riflessa che dicono *plastica o maligna*.

Ma se in questi casi è necessario praticare l'enucleazione preventivamente, possiamo noi preventivamente accorgersi del loro sviluppo? È appunto perchè il Dott. Simi risponde negativamente a questa dimanda: che conclude, che in pratica non si possono fare distinzioni, e che ogni occhio capace di dar luogo ad oftalmia simpatica deve essere enucleato anche se l'altro conservi tutta la sua integrità, anzi perchè la conserva. Tale opinione dovrebbe essere una legge chirurgica. Ma poi naturalmente fa osservare che nella legge non possono comprendersi tutti i casi, e nota, a mo' d'eccezione, i seguenti che divengono titoli di controindicazione alla operazione e cioè:

1° Quando l'occhio ammalato conserva sempre una certa quantità di visione e l'altro è in stato di perfetta salute.

2° Quando un moncone non è doloroso, nè spontaneamente nè sotto la pressione.

N. B. Se in tal caso fosse chiesta l'operazione dallo ammalato, si deve scegliere un momento nel quale l'altro occhio non dimostri rispondere alla provocazione.

3° Quando l'occhio non abbia attualità di processo flogistico, che fu dominato dalla terapeutica, deve essere rispettato se vede ancora qualche poco e anche se lo potrà mercè un'operazione chirurgica.

Successivamente ha la parola il Dott. Guido Banti, il quale legge una memoria *sopra alcuni fatti importanti in un Fibroma infiammato.*

Dopo alcune notizie cliniche, espone il resultato dell'esame istologico del tumore, per il quale viene dimostrato:

1° l'aumento di volume delle cellule piane di connettivo, in seguito a rigonfiamento torbido;

2° la loro divisione in cellule più piccole;

3° la formazione, a spese di queste cellule, di un tessuto di granulazione;

4° l'esistenza in questo tessuto di elementi morfologici diversi, alcuni dei quali simili ai globuli bianchi del sangue, altri alle cellule endotelioidi;

5° l'esistenza di una serie continua di elementi sempre più voluminosi, fino a divenire giganteschi, costituiti da ammassi di protoplasma includenti nel loro interno un numero variabile di nuclei identici a quelli delle cellule endotelioidi;

6° l'esistenza infine di altre cellule giganti, sprovviste di nuclei, ma fornite di numerosi nucleoli (1).

Il Dott. Banti prende a studiare uno ad uno tali fatti nelle loro particolarità e termina col concludere che:

(1) Tali particolarità di struttura vengono dimostrate anche per mezzo di preparazioni microscopiche.

1° Sotto l'influenza del processo flogistico, le cellule piane di connettivo entrano in proliferazione e contribuiscono largamente a formare il tessuto granulante e per conseguenza il pus.

2° Nel tessuto di granulazione possono trovarsi, oltre le solite cellule germinali, cellule endotelioidi e gigantesche.

3° Le cellule gigantesche esistono realmente come elemento morfologico distinto, ma non hanno alcun valore per la diagnosi differenziale dei vari prodotti morbosi.

4° Le cellule gigantesche non sono un elemento sempre identico, ma differiscono per proprietà fisiche e chimiche in rapporto forse colle diverse maniere di origine.

5° Una delle origini delle cellule gigantesche è dalle cellule piane di connettivo.

6° La sorte più probabile riservata alle cellule gigantesche, è forse quella di andare incontro a metamorfosi regressive.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal socio Simi, prende la parola il Prof. Paoli per far plauso alla di lui proposta, giacchè, egli dice, generalmente vi si ricorre troppo tardi. È vero che vi sono dei casi dubbii, come quello di un corpo estraneo penetrato nel globo oculare; ma in generale conviene anche egli, e ne ha fatto parola nelle sue conferenze cliniche, che quando il grado della potenza visiva dell'occhio sano cominci a far difetto, allora, anche senza che esista irite o coroidite, bisogna ricorrere all'enucleazione, altrimenti si può andare incontro all'oftalmia simpatica. Mi ricordo, dice, del Dottor Pierotti che, giovine ancora, perdè un occhio per essergli ivi penetrato un frammento di fulminante; morì vecchio, e non ebbe mai oftalmie simpatiche; ma questo ed altri casi sono eccezionali, e nulla tolgono al valore della tesi già esposta.

Il Dott. Simi, lieto di avere alleato nella sua tesi il Prof. Paoli, vorrebbe si facesse una proposta: che cioè

quando un oculista si trova di fronte alla panoftalmia, che ha fatto perdere all' occhio ogni funzione visiva, si potrebbero abbreviare le sofferenze del malato, enucleando subito l'occhio, anche prima che il processo infiammatorio fosse cessato.

Il Prof. Paoli replica: che egli ammette ciò in tesi generale, perchè è convinto che l'oftalmia simpatica può sorgere anche dopo un tempo lunghissimo, anche cioè dopo 20 anni.

Sulla memoria letta dal Dott. Banti, dice il Dottor Tafani: che il lavoro è molto raccomandabile, tanto più che ha posto molto bene la questione sulla genesi delle cellule gigantesche. Anch'egli, infatti, crede, che le si debbono distinguere in vere e false; le prime dipendenti e derivanti dal connettivo; le seconde facili a trovarsi nel tubercolo, nelle infiammazioni delle ossa, delle glandole, nei tumori della pelle, nei quali casi tutti non rappresentano che trombi delle pareti vasali.

Dopo alcune parole di ringraziamento del Dott. Banti, la seduta è sciolta alle ore 2 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

DECIMA ADUNANZA PUBBLICA

del dì 11 agosto 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti: il Segretario degli Atti e quello delle Corrispondenze, e i soci conservatori: Grilli, Paoli, Simi, Stacchini, Tafani, Marcacci, Romei, Del Greco e Romiti.

Letto e approvato il rapporto della precedente adu-

nanza, e presentati i doni pervenuti alla Società, vien data lettura di una lettera del Vice-Presidente, Cav. Colonnello Dott. Felice Baroffio, colla quale domanda di passare nel ruolo dei soci corrispondenti nazionali, trasferendo la sua dimora a Torino. Il Presidente propone: che il Dott. Baroffio rimpiazzi nell'elenco dei soci corrispondenti nazionali il Prof. Guglielmo Romiti, che domanda di rientrare socio conservatore. Questa proposta, non incontrando opposizione, resta approvata.

Dopo ciò la parola è data al Segretario degli Atti, Dott. T. Tommasi, il quale intrattiene la Società sopra il metodo volumetrico dell'Yvon, in confronto col metodo delle pesate, per la valutazione dell'urea, completando così una comunicazione che aveva altre volte fatta innanzi a noi. Se non che mentre in quella condannava come inesatti molti metodi volumetrici, fondati su principii diversi, oggi crede che possa farsi un'eccezione a favore di quello dell'Yvon, purchè modificato alquanto in alcune sue parti, restando però, sempre in fatto: che il metodo più esatto e più sicuro è quello delle pesate, e che a quello dell'Yvon si può soltanto ricorrere, quando sia necessario avere resultati pronti e solleciti. Ora, avendo egli avuto occasione di porre in pratica questo processo, per sodisfare anche al desiderio del Prof. Burresi, passa a descrivere l'apparecchio dell'Yvon, che si raccomanda per la sua semplicità; quindi indica il metodo di usarlo, quale lo descrive l'Yvon medesimo. Dopo ciò, passa a dire come procedesse egli medesimo nell'usare di questo processo, giacchè, operando con delle soluzioni titolate di urea, e seguendo il metodo dell'Yvon e il suo modo di correggere, otteneva: che ogni litro delle sue soluzioni doveva contenere 3; 3,50; 3,80 di urea, mentre le sue soluzioni non ne contenevano che due. Pensò allora di ricorrere al secondo modo di correzione proposto dall'Yvon, seguendo però una formula più semplice di quella proposta dall'Yvon stesso,

attenendosi cioè a quella del Ganot per la correzione dei volumi gassosi. Così fece più di 100 valutazioni di urea nelle tante orine venute nel laboratorio dalle cliniche e dai turni degli spedali, e limitandosi a dar conto di quelle nelle quali aveva usato a un tempo il metodo delle pesate, li presentava alla Società in 2 prospetti, che riassumevano questi resultati comparativi.

Da questi due prospetti resultava: che il metodo dell'Yvon, contrariamente a quello che si suole avere cogli altri metodi volumetrici, gli dava quasi sempre una cifra inferiore a quella ottenuta colla bilancia; infatti su 40 analisi non si avevano che 5 eccezioni, quattro delle quali si riferivano a orine diabetiche, e le attribuiva più a circostanze speciali che a colpa del metodo.

Dopo ciò veniva a concludere: che si può fare uso del metodo volumetrico solo in quei casi in cui sia sufficiente avere un'idea approssimativa della quantità dell'urea contenuta in una data orina, mentre nei casi nei quali vuole essere conosciuta esattamente, non vi è mezzo più sicuro di quello della bilancia, dopo avere ridotta l'urea stessa allo stato di nitrato.

Successivamente il Prof. Guglielmo Romiti ci leggeva una memoria sopra un caso di epilessia, consecutiva ad azione traumatica del capo, in cui fu eseguita la trapanazione del cranio, la quale operazione fece cessare gli accessi epilettici per qualche tempo, dopo il quale si riprodussero, e pare per causa di abuso di vino. Questo caso conduce il Romiti a molte considerazioni di natura fisiologica, applicata alla patologia del cervello e di alcune circonvoluzioni di esso, dalle quali risultava anche maggiormente, la importanza del caso in discorso.

Nessuno avendo preso la parola sulla memoria del Dott. Tommasi, viene aperta la discussione su quella del Prof. Romiti. Il Dott. Del Greco fa notare: come questa storia presenti molto interesse, dimostrando che lo studio

della fisiologia del cervello, servirà a rendere sempre più pratico, e più razionale l'uso del trapano; che anzi, il resultato ottenuto nel caso narrato potrebbe servire d'incoraggiamento a ricorrerci di nuovo, quando gli accessi epilettici seguitassero a rinnovarsi.

Il Dott. Grilli si limita a fare una domanda al Dott. Romiti, se cioè cloroformizzando l'individuo per procedere alla trapanazione, si manifestò accesso epilettico. E avendo il Dott. Romiti replicato che non si produsse accesso sotto la cloroformizzazione, il Dott. Grilli aggiungeva: che egli, in due epilettici, aveva veduto sopravvenire l'accesso sotto l'uso del cloroformio, in altro no; dal che gli sembrava dover concludere: che la cloroformizzazione non sia, come fu sostenuto, mezzo atto a mettere in evidenza la simulazione di questa infermità.

Dopo ciò, altri non avendo preso la parola, l'adunanza è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. ZANNETTI.

UNDICESIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 17 NOVEMBRE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i soci: Filippi, Grassi, Dainelli, Ceccherelli, Pellizzari Pietro, Marcacci, Romei, Grilli, Faralli, Fattorini, Agnolesi, Tommasi, Stacchini, Bertini, Celoni, Bargioni, Zannetti Raffaello.

Ha la parola il Dott. Filippi, il quale comunica a voce alcune idee per vedere se vi fosse un modo di agevolare

la missione del perito medico, nelle questioni del foro. Cominciando dal citare alcuni dati storici, dice: che per trovare l'esistenza dei periti è dovuto risalire fino alla Repubblica Fiorentina (1200), perchè allora esisteva il Tribunale delle arti e mestieri ed in esso un Collegio Medico incorporato nell' arte dei medici e speziali, che prendeva fama dalla Scuola medica d'allora, capitanata dal Taddeo.

A codesto si riferiva tutto quello che poteva spettare alla Medicina Forense, ed il Filippi cita anzi alcuni capitoli dello Statuto ad esso relativi. E per quanto nel 1770, Leopoldo I demolisse l'istituzione delle arti e mestieri, lasciava intatta peraltro quella del Collegio dei medici. Anzi l'importanza sua crebbe a tanto, che spettarono ad essa:

1° Il conferimento delle matricole dell'arte medica; diritto sempre gelosamente custodito fino ai nostri tempi; (sebbene nel 1772 fosse dall'università di Pisa tentato di esserle tolto).

2° Giudizi comparativi di capacità per conferimento di ufficii medici.

3° Giudizii intorno ad ordinamento di studi.

4° Giudizii sopra opere scientifiche.

5° Giudizi di medicina militare.

6° Visita alle Farmacie.

7° Pareri consultivi intorno alla necessità di medicina pubblica, igiene ec.

8° Disposizioni di veterinaria forense.

9° Pareri consultivi di medicina forense.

L'autore passa quindi in rivista le diverse fasi subite dalla Procedura Penale Toscana, e scende fino al periodo della unificazione italiana, nel quale avvenne uno smembramento nelle attribuzioni del Collegio medico Fiorentino.

Dopo aver detto a quali uffici sono adesso devolute le attribuzioni stesse, viene a concludere: che quelle relative alla Medicina Forense sono andate come a dileguarsi e

non vi è più adesso un tribunale scientifico, al quale possa oggi rivolgersi un perito od un'autorità giudiziaria nei casi più difficili e dubbiosi.

Ed ecco che l'Autore giunge appunto alla parte integrale del suo ragionamento, domandando a sè stesso, come adesso potrebbe ripararsi a così grave inconveniente, lasciando pur fermo l'attuale stato della procedura penale.

Trascrivo testualmente le sue parole, che sono anche le conclusioni del suo discorso.

« Qui nel seno della nostra Società, dove siedono il-
« lustri Clinici e di medicina e di chirurgia, qui ov' è il
« rappresentante di una scuola d'anatomia patologica, la
« continuatrice dell' insegnamento Morgagnano; qui dove
« siedono specialisti di ogni parte della medicina e della
« chirurgia: qui dove si trovano chimici e fisici e cultori
« di scienze naturali e di veterinaria e via dicendo, con
« tali elementi si potrebbe ricostituire un Collegio Medico
« speciale, al quale facessero Capo le questioni di medicina
« forense; e senza partigianeria e senza interesse, quando
« ne fosse richiesto, aiutasse tanto il pubblico magistrato
« quanto il difensore che i periti medici, onde cansare, più
« che fosse possibile, passionate o infondate discussioni
« nell'Aula della Giustizia, tutelando così l'arte medica
« nelle sue applicazioni giudiziarie. Forse sarebbe il modo
« per farsi strada adagio adagio, a costituire quello che
« anche di recente è vagheggiato da alcuni, creando le
« Commissioni periziali cioè, od una Magistratura Su-
« prema, secondo altri, facendo sparire così il *perito in-
« dividuo* e la inconcepibile divisione dei periti medici di
« accusa e difesa.

« Però desidererei che a far parte del Collegio Me-
« dico legale, entrassero a farvi parte anco i cultori delle
« discipline legali ed anzi coloro che più in alto della ge-
« rarchia giudiziaria, avessero occasione di trovarsi a den-
« tro alla vita del Foro. »

Terminata così la comunicazione del Dott. Filippi, ha la parola il Dott. Grassi, il quale legge una sua memoria « *Sulla rottura del sacco amniotico durante la gravidanza* » e considera codesto fatto dal punto di vista della influenza che può avere sulla determinazione del così detto travaglio. Constatato che tutti gli autori concordano nel ritenere incompatibile, con un ulteriore progresso della gestazione, la divisione dell' uovo, il Dott. Grassi afferma: come una tale nozione non sia in accordo con molti fatti di osservazione propria e d'altri; e perciò, dopo aver passato in rivista codesti fatti, cerca di rendersene ragione facendo la critica del meccanismo col quale teoricamente si vuole che, a sacco rotto, le contrazioni uterine vengano stimolate; e conclude: che nè l' irritazione prodotta dalle parti fetali sull' utero, nè la riduzione volumetrica di questo, possano essere ritenute cause necessarie di parto prematuro, dal momento che nessuna legge fisiologica comanda un tal fatto e dal momento che in altre circostanze esistono le medesime cause, senza che per questo si verifichi un arresto nella gravidanza. Oltre di ciò l'Autore trova nei fatti da lui raccolti una prova inattaccabile della nessuna parte che hanno le acque dell'amnios alla nutrizione del feto, dalla formazione della placenta in poi, e giustifica l'apparente trascuranza della natura circa la provvista del liquido amniotico nelle singole gravidanze, dimostrando come, per l' ufficio puramente statico a cui codesto liquido è destinato, poco importa che esso sia più o meno abbondante.

Il Dott. Grassi, poi, traccia la sintomatologia del fatto di cui si occupa e si intrattiene sulla diagnosi differenziale, importante a stabilirsi, fra la rottura dell' uovo e lo scolo di liquidi provenienti da altre cause, durante la gravidanza, terminando quindi la sua lettura colla prognosi dell'accidentalità in discorso, sia relativamente alla madre, sia relativamente al bambino.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Filippi, prendono la parola il Dott. Grilli e il Professor Pietro Pellizzari, i quali, prendendo in considerazione le cause per le quali la missione dei periti medici nel foro è oltremodo difficile, sia relativamente ai fatti da giudicare sia relativamente ai periti stessi, che spesso fanno da avvocati, non sarebbero troppo favorevoli alla proposta del Filippi. Il Prof. Pellizzari crede che a ciò si rimedierebbe con le Commissioni peritiche, che eviterebbero dei contrasti di fronte ai magistrati ed al pubblico, sempre dannosi e di poco decoro per la scienza medica.

Dopo alcuni schiarimenti del Dott. Filippi, in risposta alle obiezioni mossegli dal Dott. Grilli, dal Prof. Pietro Pellizzari ed anche dal Presidente, al quale pareva difficile che si potessero ottenere sempre e in tempo le carte relative ai diversi processi, la Società approva che il Dottor Filippi formuli in modo esatto la sua proposta, che sarebbe quindi passata alla Deputazione Conservatrice.

Nessuno prendendo la parola sulla memoria del Dottor Grassi, stante l'ora tarda, l'adunanza è sciolta, rimandando così a quella futura la lettura della memoria del Dott. Bosi.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

DODICESIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 8 DECEMBRE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti: Bosi, Filippi, Faralli, Bertini, Nesti, Tafani, Marcacci, Brigidi, Romei, Tommasi, Dainelli, Ceccherelli, Grassi, Fattorini, Stacchini, Zannetti Raffaello, Comandoli socio corrispondente.

Ha per primo la parola il Dott. Pietro Bosi, che intrattiene la Società sul *Kamala come tænifugo.* Dopo alcune notizie sulla Rottleria tinctoria, come quella che produce la polvere tenifuga, che ha il nome di Kamala, cita alcuni casi di tænia da lui curati felicemente con un tale medicamento, sia in alcuni animali domestici, sia nell'uomo, e termina facendo voti che il medicamento stesso possa acquistare un'applicazione sempre più estesa nella terapeutica degli elminti nastriformi.

Il Dott. Giorgio Marcacci legge, in seguito, una sua memoria che ha per soggetto la storia di una operazione praticata in un caso di acne elefantiaco del naso. Si tratta di un uomo sofferente, da lunghissimo tempo, di acne sebaceo del volto, nel quale il naso aveva acquistato proporzioni colossali e mostruose. L'infermo reclamava assistenza non tanto per la bruttura, quanto per l'impedimento alla respirazione che derivava dalla discesa in basso dell'organo dell'odorato. Dopo avere sperimentato i mezzi più ordinari, il Marcacci risolvette di ricorrere ad un'operazione. Due grossi tuberi laterali, pendenti dalle ali del naso, furono demoliti dall'autore mediante legature: questo primo atto operatorio raggiunse l'intento di diminuire il volume totale dell'organo, ma non valse a togliere la deformità derivante dalla

discesa in basso del lobulo, che raggiungeva quasi la metà dello spazio che corre fra il labbro inferiore e l'apice del mento: a correggere allora questa deforme lunghezza, il Marcacci condusse due incisioni, una delle quali partendo dal punto d'inserzione posteriore delle ali del naso, veniva in avanti incurvandosi, imitando la curva anormale del bordo libero delle ali nasali, e terminando sul dorso del naso a circa due centimetri e mezzo dalla punta del lobulo: un'altra incisione, inferiore, partiva dall'estremo superiore della prima e con una curva opposta terminava sulla punta del lobulo. In questo modo veniva circoscritto un tratto di cute da somigliare grossolanamente una sella: dissecata questa porzione di pelle elefantiaca, i due bordi furono riuniti con punti di sutura e la cicatrizzazione si effettuò prontamente. Le figure tolte dal vero, che l'autore presentava, mostravano come il resultato finale fosse un notabile miglioramento nelle forme del naso.

Dopo aver descritto l'operazione, il Dott. Marcacci si fermò sull'esame istologico della pelle estirpata, e sul modo di generarsi dell'acne. Su questo proposito, egli espresse il parere: che l'acne abbia il suo iniziamento da una flogosi dell'apparecchio sebaceo-follicolare e che soltanto consecutivamente si determini lo stato iperplastico del congiuntivo. Questa affermazione egli la basava sull'esame del fatto speciale, e su dati clinici generali.

Niuno prendendo la parola sulla memoria del Dottor Bosi, il Presidente apre la discussione su quella del Dottor Marcacci.

Il Dott. Tafani dice, che stando alle preparazioni presentate dal Marcacci, si dovrebbe piuttosto ritenere che la alterazione del connettivo fosse primitiva, e secondaria quella delle glandole sebacee e dei follicoli piligeni.

Il Dott. Marcacci risponde: che le alterazioni dell'apparecchio sebaceo-follicolare sono gravi, inquantochè i fol licoli sono immensamente dilatati e con papilla atrofica

le glandule sebacee sono ingrossate, dilatate, e formano cavità cistiche con un secreto, del quale la profonda alterazione fisico-chimica rivela una data antichissima di malattia, che quasi non ha confronto con quella del connettivo. Egli non può abbracciare la dottrina del Rindfleisch, con la quale si sostiene: che la pustola acneica deriva dal ristagno del secreto sebaceo, provocato a sua volta dalla iperplasia del connettivo, che strangola il colletto del follicolo. Infatti esistono innumerevoli esempi di casi, nei quali si osserva la ritenzione del secreto sebaceo e follicolare, senza che per questo si osservi l'infiammazione: come d'altro lato in casi di vera e considerevole iperplasia del connettivo, quale si ha nella elefantiasi, non si osserva la formazione delle pustole acneiche, quando pure l'elefantiasi sia della cute della faccia. Non è improbabile, dice il Marcacci, che l'alterazione della secrezione sebacea sia la causa flogogenica sul connettivo.

Il Dott. Tafani intenderebbe l'alterazione del secreto anche dopo e come effetto della congestione cutanea, e quindi sarebbe favorevole all'opinione del Rindfleisch, del quale molto apprezza l'autorità.

Replica il Marcacci: che la sola congestione cutanea non è sufficiente a sviluppare quella speciale malattia che fu chiamata *acne* dai dermatologi, e di ciò si trova un esempio eloquente nella sintomatologia della erisipela, dove pur esistendo intensa e durevola la iperemia, non si ha formazione di pustole.

Il Dott. Brigidi non trova possibile risolvere la quistione con i dati anatomici attuali.

Il Dott. Filippi vorrebbe che nell'annunziare un atto chirurgico destinato a combattere l'acne, si chiarisse bene che questa cura ha in mira di provvedere a un risultato di questa malattia, cioè la deformità che ne risulta negli organi colpiti, e che non è cura del processo morboso vero e proprio, cioè l'acne.

Il Dott. Marcacci conviene della osservazione fatta dal Dott. Filippi, ritenendo egli pure di avere rimediato ad un esito della malattia, e non alla malattia in sè stessa.

Il Presidente, visto che nessun altro prende la parola, dichiara chiusa la discussione.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

RAPPORTO GENERALE

DEI

LAVORI ACCADEMICI DELL'ANNO 1878

LETTO DAL SEGRETARIO DEGLI ATTI

Dott. **TOMMASO TOMMASI**

nell'Adunanza solenne del dì 26 Gennaio 1879

Egregi Accademici!

Non essendo io il Cassiere della nostra Società, sono ben lungi dal potervi parlare di cose finanziarie; ma poichè rappresento, e molto umilmente, l'ufficio di Segretario, vi dirò con tutta franchezza e lealtà, che, indipendentemente dalla cassa, anche in quest'anno non siamo giunti al sospirato pareggio! No, o Signori; perchè se il nostro interno regolamento prescrive, nel correre dell'anno accademico, quindici adunanze, noi non abbiamo potuto riunirci che dodici volte.

È vero, che quelle quindici adunanze dovrebbero rappresentare soltanto trenta letture, e noi ne abbiamo avute ventisette in dodici riunioni accademiche; che in tal modo sono riuscite più ricche di materiale scientifico ed hanno reso più variata ed interessante la discussione successiva alla lettura di ogni lavoro; ma ciò nonostante siamo sempre con un deficit di tre letture!

Ma non è soltanto nella cifra strettamente numerica che si annunzia il disavanzo, perchè codesta cifra porterebbe a una differenza ben piccola e poco apprezzabile.

Il disavanzo maggiore, il deficit più accentuato, non sta nel numero delle letture, ma sta invece nel numero dei lettori!

Mi spiego in due parole!

Lasciamo da parte quelle adunanze che non abbiamo potuto effettuare o per mancanza di lettori, o per mancanza di intervenuti, e mettiamo nel conto le sole adunanze che hanno avuto luogo! Ebbene; nelle 15 riunioni dello scorso anno, sopra 24 lettori ufficiali, che potrebbero benissimo portarsi alla cifra di trenta, quanti cioè ne chiederebbe il regolamento, 9 soltanto hanno risposto all'appello. E dico 9! gli altri 18 sono tutti lettori straordinari, che si sono offerti volontariamente o hanno fatto adesione a leggere dietro preghiera ricevutane dal Segretario!

Comprendo benissimo, o Signori, che le cifre da me riportate sono un poco scoraggianti, ma poichè esistono di fatto, ho creduto mio dovere di ricordarle, nella speranza che servano di sprone e d'impulso, per l'anno accademico che sta per aprirsi. A proposito del quale, se a me, ultimo e non degno compagno a tanti accademici illustri e benemeriti che compongono questo sodalizio scientifico, fosse permesso di esprimere un voto sincero e che mi sento partire dal fondo del cuore, per l'affetto e riconoscenza che nutro vivissime per il sodalizio medesimo, sarebbe quello che giovani e provetti, discepoli, colleghi e maestri, si stringessero attorno all'effigie di Francesco Redi,

Fonte ai rivi di nostre arti

e degno emblema di questa istituzione, per mantenerne saldo il principio, rialzarne il prestigio, renderne più rigogliosa la vita interna ed esterna, e mantenerla così degna figlia ed erede dell'Accademia del Cimento! E queste parole non le dico, o Signori, per farmi bello di vuote frasi o d'insulsi artifizii rettorici, perchè al contrario, io son

ben convinto esser falsa l'opinione di coloro che credono le Accademie debbano ormai appartenere alla storia e considerarsi perciò come lettera morta! Io tengo invece opposto avviso, persuaso come sono che le Accademie fondate sulle basi e sui principii della nostra, se è vero che meritano riforma o modificazione di attributi, è pur vero che sono sempre la palestra nella quale i giovani ingegni trovano lo sprone e l'impulso ad agire, spintivi dalle nobili gare della emulazione; al tempo stesso che trovano un freno al plauso troppo facile degli adulatori, nel consiglio calmo e severo dei colleghi più provetti e dei maestri, vero anello di congiunzione fra la vecchia e la nuova scienza!

Ed ora, o Signori, eccomi a ricordarvi in poche linee, e per sommi capi, il lavoro scientifico dell'anno decorso.

Sarò brevissimo; e ciò per due ragioni: prima, perchè temerei di non incontrare il vostro favore, ricordandovi in modo troppo esteso dei lavori, alla lettura dei quali voi stessi avete assistito, e che poi avete udito riepilogare nei processi verbali delle singole adunanze; secondariamente poi, perchè ciò mi avrebbe condotto ad una fatica ragguardevole, alla quale non avrei potuto assoggettarmi, anche a causa della mia non fiorente salute in questi ultimi mesi.

Ecco dunque come io ho creduto di dover classificare i diversi argomenti, che han formato soggetto di lettura nell'anno decorso:

Argomenti di Clinica Medica
» Terapeutica
» Clinica Chirurgica
» Anatomia Patologica
» Anatomia normale e Fisiologia
» Ostetricia
» Oculistica

Argomenti di Igiene e Medicina legale
» Chimica Farmaceutica
» Chimica Patologica
» Fisica.

Alla prima serie appartengono le letture del Dottor D. Barduzzi di Pisa, del Dott. G. Marcacci e del Dottor P. Celoni.

Il primo ci fece pervenire una memoria degna di molta attenzione, nella quale, studiando diverse epidemie di scarlattina e di difterite e più specialmente i casi nei quali le due malattie avevano avuto un corso pressochè simultaneo, concluse alla non provata identità delle medesime, rigettando così la idea di praticare inoculazioni di virus scarlattinoso per preservare dalla difterite, e del virus difterico per prevenire la scarlattina.

Il Dott. Marcacci ci comunicò alcuni nuovi fatti in prova dell'esistenza di una forma fisiologica di albuminuria, tessendo per primo una storia esattissima di quanto aveva osservato in sè stesso, per lo spazio di dieci anni, e poi riportando gli esperimenti che il Dott. Leute, di Erlangen, aveva eseguito sui soldati di guarnigione della città stessa.

L'Autore potè persuadersi dell'influenza grande che hanno le sostanze albuminoidi ingerite in gran copia, lo esercizio soverchio del corpo, la posizione verticale del corpo stesso mantenuta per un certo tempo ed altre cause ancora, a stabilire la comparsa dell'albumina nelle orine, realizzando così in un modo clinico, esatto e positivo, i tentativi del Bernard, del Bareswill, del Brown-Sequard e di altri, onde stabilire un'albuminuria sperimentale, indipendentemente da una lesione diretta dei reni.

L'osservazione del Dott. Marcacci prova una volta di più: che l'albumina acquista o perde la diffusibilità propria sotto l'influenza di cagioni diverse, che se non servono ad

alterarla profondamente nella sua costituzione chimica elementare, sono peraltro bastevoli a farle subire nell'interno dell'organismo, modificazioni isomeriche ben decise e tali da cambiare grandemente il suo potere di diffusione, restando pur fermo ed immutato l'apparecchio renale, per cui la diffusione stessa si compie.

Finalmente, il Dott. P. Celoni, con quella esattezza e diligenza che lo rendono osservatore clinico stimabilissimo, ci narrò un caso di poliartrite reumatica, da lui osservato in un giovine di 36 anni, importante per il fatto: che all'ottavo giorno di malattia si sviluppò una febbre così gagliarda, che il termometro giunse a segnare per quasi tutto il giorno la enorme cifra di 42°, $^6/_{10}$, scendendo sulla sera a 39, $^5/_{10}$ e rialzandosi il mattino seguente a 41, $^1/_{10}$. Malgrado un'iperpiressia cosi strana, il malato guarì per lisi, sotto l'uso delle applicazioni fredde, degli alcalini e del chinino opportunamente amministrati. E stà qui appunto l'importanza del caso in discorso; perche sebbene vi sieno osservazioni del Wunderlich, del Currie, del Simon e del Quincke, che in diverse malattie, non escluso lo stesso reumatismo articolare acuto, hanno potuto osservare le temperature di 44,7, (tetano), di 44,4, (scarlattina), di 44,5, (vaiolo), e di 44,3, (reumatismo articolare acuto), si è sempre trattato di casi che hanno avuto un esito infausto, tanto è vero che il Picot ne cita, come meritevole di attenzione, uno di febbre intermittente, osservato dal Michael, che potè constatare una temperatura di 41,7, pure ottenendo la guarigione del malato. E da questa, alla temperatura osservata dal nostro Dott. Celoni, corre la differenza, molto apprezzabile, di nove decimi di grado!

Al gruppo degli argomenti di terapeutica medica, appartengono una memoria del Dott. Celso Pellizzari, sul Tayuya come antisifilitico, ed un'altra del Dott. Pietro Bosi, sul Kamala come tenifugo.

Il primo, con l'appoggio di osservazioni cliniche accu-

ratissime, da lui praticate nella Clinica delle malattie veneree, venne a concludere:

Che il tayuya non ha virtù medicamentosa contro i dolori sifilitici; che non ha quasi alcuna potenza di vincere le manifestazioni della sifilide; e tanto meno di prevenirne le recidive, che in alcuni ammalati vide comparire anche gravissime, dopo alcuni mesi dalla scomparsa delle prime manifestazioni.

Questa memoria del nostro egregio Vice-Segretario, trovò un'eco favorevole al Congresso dell'Associazione Medica Italiana, tenutosi in Pisa nel settembre dello scorso anno.

Ivi infatti, il Dott. Faraoni, di Pavia, leggeva quattro storie di sifilide da esso curate colla tintura alcoolica di tayuya: ma sorsero contro, il Prof. Gamba di Torino, il nostro Dott. Marcacci, il Dott. Gasca e il Dott. Piovano, tutti d'accordo a dichiarare la niuna efficacia del rimedio, tanto che la Sezione approvò unanime un ordine del giorno dello stesso Dott. Piovano, nel quale faceva voti che il tayuya non fosse considerato nel novero dei rimedi utili nella cura della sifilide.

Con questo voto così severo, ma giusto, io credo che si possa cantare il *requiescat* al tayuya, che minacciava di prendere il posto di panacea universale, anche a dispetto del siroppo Pagliano....!

Il Dott. Pietro Bosi ci riferiva alcuni casi di tenia, curati felicemente colla polvere di kamala e da lui osservati non solo in diversi cani, ma anche nell'uomo.

Sarebbe peraltro desiderabile, e questo è un mio voto particolare, che per estendere sempre più l'applicazione di un tale rimedio, il nostro egregio collega allargasse la cerchia delle proprie esperienze, per meglio stabilire: se la virtù medicamentosa del kamala si riduce a quella di un semplice tenifugo o se invece può anche considerarsi analoga a quella dei veri tenicidi; e ciò per non confonderlo

con altri medicamenti di azione simile, e peggio ancora coi tanti specifici suggeriti dal moderno empirismo.

Passando al gruppo degli argomenti chirurgici, dirò subito che è uno dei più numerosi, tanto che vi ho potuto inserire sei memorie diverse.

Voi tutti ricorderete le due importanti comunicazioni del Dott. Carlo Tempesti di Livorno, a proposito di un caso di litotrizia assai singolare, che dette luogo all'Autore di proporre alla Società un metodo misto nella cura delle pietre vessicali; un metodo cioè che riuniva la litotrizia alla cistotomia, per quei casi nei quali il volume e la consistenza della pietra non permettevano al chirurgo l'uso di uno solo dei suddetti metodi di cura.

Queste due comunicazioni del coscenzioso ed onesto chirurgo livornese, dettero luogo a vive discussioni, prima in seno a questa stessa Accademia e poscia nelle colonne dello *Sperimentale* e del *Commentario Clinico di Pisa;* e voi certamente le ricordate troppo bene, perchè io debba tenervene parola; tanto più che il punto più controverso della questione stava sul metodo misto, che il Tempesti proponeva in buona fede; ma che, a sua insaputa, già preconizzato dall'Alquiè fino dal 1863, era già stato condannato dalla maggioranza dei Clinici (1).

Passando oltre, trovo una comunicazione del Dott. C. Campani sul *Protossido d'Azoto come anestetico,* destinata

(1) Questo mio resoconto era già impaginato, quando ho avuto luogo di vedere una Memoria del Prof. Francesco Rizzoli, pubblicata nel *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna* (Serie 6ª, Vol. III), col titolo seguente: « Della Litotripsio-Cistotomia nei grossi calcoli vescicali. » L'illustre Chirurgo bolognese, dopo aver citato, con molto favore, Tommaso Alghisi, maestro e lettore di Chirurgia nello Spedale di Santa Maria Nuova, nei primi del 1700, che fino da così remota epoca praticava la estrazione dei grossi calcoli vescicali dopo averli spezzati, prende a citare un suo allievo, il Dott. Consolini di Vergato, che usò un processo consimile, e finalmente l'Alquiè ed il Dott. Carlo Tempesti, come quelli che hanno tentato di erigere a metodo la pratica dell'Alghisi. Anzi, codesta citazione gli serve come di esordio ad esporre alcune sue idee e fatti clinici sull'argomento medesimo, idee e fatti che darebbero un valido appoggio a quanto proponeva il Dott. Tempesti. E ciò sia detto ad onore del vero!

Io vi ricorderò soltanto che la lesione, dietro esperimenti fatti sul cadavere, si trovò corrispondere fra le circonvoluzioni frontale media e inferiore, comprendendo queste due, nel punto della zona eccitabile dell'Albertoni — in un punto cioè dove han centro i movimenti del capo, della lingua e dell'arto superiore opposto alla lesione — punti tutti rimasti offesi nel caso in discorso.

L'operazione riuscì benissimo, e non ebbe alcune conseguenze sfavorevoli: anzi, il risultato fu così felice, che dopo 2 mesi da essa, il malato potè lasciare lo spedale, senza avere avuto altrimenti gli accessi epilettici.

Peraltro dopo tre mesi circa, datosi ad ogni sorta di intemperanze, fu preso da meningite acutissima che lo trasse a morte in brev' ora.

Io non aggiungerò parola a questo caso, la di cui importanza è così evidente; non fosse altro per l'accordo mirabile che hanno mostrato di avere le ricerche fisiologiche coi fenomeni clinici.

Non posso lasciare gli argomenti chirurgici, senza ricordarvi un caso di acne tubercoloso, curato chirurgicamente dal Dott. G. Marcacci. L'acne aveva sede nel naso, che ne era rimasto tanto deforme, da esser giunto a livello del labbro superiore.

All'egregio Autore, venne l'idea, certamente nuova e al di fuori della consuetudine più comune, di asportare il lobulo e le pinne nasali, come le parti che erano state prese maggiormente dal processo ipertrofico; e l'operazione ebbe l'esito che si era prefisso l'Autore, quello cioè di togliere una deformità ragguardevole e penosa, senza nemmeno l'inconveniente di lunghe suppurazioni. Questo caso dette luogo poi ad una discussione assai importante, sull'origine dell'acne, dal connettivo più che dai follicoli, a proposito delle opposte dottrine del Rindfleisch e del Rayer.

Nel gruppo delle memorie appartenenti all'Anatomia

patologica, trovo per prima quella dell' egregio Dott. V. Brigidi sull'*Ipermegalia*, chiamata da altri paralisi pseudo-ipertrofica.

Poichè sopra un tale argomento non si avevano investigazioni anatomiche molto esatte, al di fuori di quelle del Duchenne e del Cohnheim, l' autore volle riscontrare se nel caso che si presentò alla sua osservazione, era possibile di rintracciare qualche lesione nei diversi gangli costituenti la catena del simpatico. E la lesione fu infatti da lui verificata; e consisteva in uno sviluppo notevole dei vasi venosi, con dilatazioni parziali e multiformi, tanto nelle parti periferiche che in quelle del centro. Un tale sviluppo era collegato all' atrofia delle cellule gangliari e delle fibre nervose con mielina, il cui posto trovavasi come rimpiazzato ed invaso da tessuto connettivo interstiziale.

Trattavasi dunque di un' alterazione molto sostanziale del simpatico. E così il campo delle nevrosi, così dette idiopatiche, non spiegabili cioè che per un disturbo delle condizioni organiche e del processo funzionale della innervazione, codesto campo, dico, così esteso in addietro, si restringe ogni dì più, in ragione diretta dei progressi incessanti dell' anatomia patologica; che sostituisce alle parole vaghe ed alle interpretazioni più o meno ipotetiche, dei fatti bene stabiliti; ed ai fenomeni e segni di ordine clinico, contrappone le alterazioni di una o di un' altra parte del sistema nervoso centrale o periferico, che diviene così il punto di origine e di sviluppo di ciascuna nevrosi.

Le stesse considerazioni io credo che valgano per l' altra comunicazione dello stesso Dott. Brigidi, a proposito di alcune alterazioni del simpatico in un caso di *anemia perniciosa*. Sebbene sia ancora molto discussa la questione della esistenza o no di una forma clinica ben definita e tale da meritare quel nome speciale di anemia perniciosa o progressiva, quale l' ha descritta il Biermer, pure esistono diversi casi nei quali la diagnosi non trovò

la conferma dell'anatomia patologica; tanto che, mentre il Fede di Napoli riscontrava alterazioni gravi ed estese dello scheletro, il Morelli trovava gli anchilostomi nel duodeno, il Quincke una pachi-meningite, il Krieg un fibro-sarcoma alla base del cervello ec., il nostro Dottor Brigidi riusciva a scoprire una notevole alterazione dei gangli celiaci, che lo stesso Addison, in un caso consimile, aveva visti degenerati in grasso. L'alterazione consisteva: nel rimpicciolimento dei gangli, in una proliferazione nucleare attorno alle cellule gangliari, nella proliferazione degli endotelii delle cassule che includono le cellule nervose, e finalmente nella degenerazione grassosa di queste, ed in parte nella loro decomposizione in granuli molecolari.

In mezzo a tanta divergenza di resultati anatomo-microscopici, ottenuti da diversi casi ed esempii di una stessa forma clinica, come concludere all'esistenza reale della forma medesima? A buon conto, le ricerche del Vallin, del Peppers e del Cohnheim la ravvicinano alla Leucemia, nella maniera stessa che il caso del Prof. Morelli e meglio anche quelli più numerosi dell'illustre anatomico Pavese, il Prof. Sangalli, la ravvicinano alla Clorosi d'Egitto, così bene studiata dal Griesinger e collegata alla presenza degli anchilostomi nel duodeno, sia che in questo producano fenomeni emorragici, sia che limitino la loro azione al disturbo funzionale del duodeno medesimo. È logico dunque supporre, che se non vengono fatti nuovi e più concludenti, l'anemia perniciosa andrà dileguandosi dal novero delle anemie e rientrerà nel posto che veramente le spetta.

Mi rimane impossibile il riassumere, anco per sommi capi, le ricerche dell'egregio mio amico, il dott. A. Tafani, a proposito dell'edema della retina. Mi limiterò a ricordarvi: che uno dei caratteri microscopici più propri di una tale affezione, ha trovato essere la presenza di cavità cistoidi, non rivestite internamente da vero epitelio, le quali

vanno man mano sviluppandosi negli strati più prossimi alla coroide e più specialmente nello strato dei granuli esterni.

Lo stesso son costretto a fare per la comunicazione del Dott. G. Banti, che ci narrava per esteso alcune osservazioni anatomo-microscopiche, da esso praticate in un fibroma infiammato; e che servirono a dimostrare in questo, oltre l'aumento di volume delle cellule piane del connettivo e la divisione di esse in cellule più piccole, la presenza di una serie continua di elementi sempre più voluminosi fino a divenire giganteschi, costituiti da ammassi di protoplasmi, includenti o no nel loro interno un numero variabile di nuclei identici a quelli delle cellule endetolioidi.

Sempre nel dominio dell'anatomia, più fisiologica però che patologica, avemmo altre due memorie; una del Dottor P. Grilli, e l'altra del Dott. A. Tafani.

Il primo, da egregio alienista, dopo aver passato in esame tutto quello che si conosce attualmente e quanto vi ha di erroneo o almeno d'inesatto nella nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali, propose che la Società si occupasse di una tale questione; stabilisse cioè i limiti ed il nome delle singole circonvoluzioni; e poscia, con l'autorità che le compete come corpo scientifico, rendesse di pubblica ragione la nuova e razionale nomenclatura, corredata di tavole illustrative, per meglio attestare i limiti da darsi a ciascuna delle circonvoluzioni medesime.

Ricordo che la Società annuì ad una proposta così seria, giusta e di natura sommamente pratica; ricordo anche che fu nominata una commissione con l'incarico espresso di studiare con ogni mezzo l'argomento; ma non ricordo che la commissione stessa abbia riferito in proposito, forse perchè ha veduto di molto accorciarsi il cammino da percorrere, per le successive pubblicazioni del Prof. Giacomini, di Torino, sull'argomento medesimo.

Non farò che citare la bella comunicazione sul *periodo preparatorio di sviluppo del Cyprinus auratus*, dovuta all'abile microscopista Dott. A. Tafani, che volle corredarla con la dimostrazione di numerosi preparati: e son costretto a ciò, perchè le sole conclusioni del lavoro sommano a quattordici e mi sarebbe impossibile di riepilogarle.

Mi limiterò a far voti, perchè uno studio fisiologico così importante vegga presto la luce, per modificare ed accrescere le cognizioni embriologiche attuali.

Dirò lo stesso sopra una comunicazione, di argomento ostetrico, del Dott. E. Grassi, che c'intrattenne sulla rottura del sacco amniotico durante la gravidanza, mettendo in giusto rilievo tutti i caratteri clinici più adatti a farci diagnosticare e differenziare un tale avvenimento, non senza fermarsi sulla parte prognostica e terapeutica che lo riguardano.

Passando all'oculistica, trovo una memoria del Dottor A. Simi, libero docente in tale specialità, ed un'altra del Colonnello medico Dott. Felice Baroffio; la prima, sulla enucleazione del globo oculare, come preventiva dell'oftalmia simpatica; la seconda, sull'azione comparativa della gelsomina e della pilocarpina nella pratica oculistica.

Il Dott. Simi, proponeva che l'estirpazione di un occhio perduto irreparabilmente alla funzione visiva, dovesse eseguirsi anche senza che l'altro mostrasse di essere preso da oftalmia simpatica; stabiliva anzi le indicazioni e le controindicazioni di un tale atto operatorio, dimostrandone, anco con esempii clinici, l'importanza pratica.

Di molta utilità riuscì pure il confronto che il Dottor F. Baroffio ebbe mezzo di stabilire fra la gelsomina e la pilocarpina, paragonate ambedue respettivamente all'atropina ed all'eserina, facendo uso nei diversi esperimenti di preparati purissimi allo stato di cloridrato, quali erasi potuto procurare dal Merk di Darmstadt.

La conclusione si fu che i due nuovi alcaloidi po-

tranno avere delle speciali indicazioni terapeutiche, ma non potranno mai sostituire l'azione respettivamente miotica e midriatica dell'eserina e dell'atropina.

Tanto meglio così, perchè sarebbe cosa troppo dispiacevole che si avessero ottimi resultati dalla pilocarpina, per esempio, il cui prezzo è di 50 franchi il grammo! L'indicazione terapeutica, urterebbe molto spesso in una controindicazione economica!

In tal modo son giunto al gruppo misto dell'Igiene e Medicina legale, del quale fanno parte due memorie del Professor Giorgio Roster ed una del Professore Angiolo Filippi.

Il primo, intrattenne lungamente l'Accademia nostra sulle acque di fogne e poscia sui metodi di analisi e sui modi d'investigazione per giudicare del grado di corruzione di un'acqua. A proposito della prima, fece un riassunto eruditissimo dei diversi studi da lui praticati sul loro volume, temperatura, e specialmente sulla composizione chimica, non tralasciando mai di stabilire confronti fra le acque di fogna delle diverse città d'Italia e quelle delle primarie città d'Europa.

Riusciva di speciale importanza la parte del lavoro in cui studiava le materie organiche delle acque medesime, e più specialmente le proporzioni del carbonio, del cloro e dell'azoto, sotto forma di nitrati, di nitriti e d'idrato d'ammonio.

Riguardo ai metodi per giudicare del grado di corruzione di un'acqua, passò prima in rivista quelli di analisi chimica diretta, che hanno cioè lo scopo di valutare la proporzione delle materie organiche, e poscia quelli di analisi indiretta, fondati cioè sulla valutazione dell'ossigeno sciolto nell'acqua, nonchè quelli diretti a studiarne le piante verdi, i molluschi, le crittogame e gl'infusori; metodi tutti che non debbono mai esser trascurati, quando si vuole avere esatta conoscenza sulla salubrità di un'acqua,

ancorchè il loro valore assoluto e relativo non sia certamente identico per ciascuno di essi.

Speriamo che il lavoro completo del Prof. Roster, di utilità così grande per gli studi d'igiene applicata, sia presto fatto di pubblica ragione, a benefizio almeno di quelle città più bisognose di provvedimenti igienici, e al tempo stesso meglio fornite di mezzi finanziari per mandarli ad esecuzione.

Non più nel campo dell'igiene, ma in quello più specialmente della medicina legale, il Dott. A. Filippi, Professore incaricato di un tale insegnamento, faceva parte all'Accademia di una sua proposta, atta a stabilire se vi fosse mai modo di agevolare la missione del perito medico, nelle questioni del foro. La proposta era motivata da una serie di argomenti storici relativi al Collegio medico, fiorente già fino dai tempi della Repubblica Fiorentina, tanto che facevan capo ad esso i giudizii intorno alle questioni medico-legali e ad esso ricorrevano i supremi Tribunali di giustizia nei casi più difficili ed intricati.

Fa certo meraviglia, ma è pur troppo vero, che una così alta missione si sia, col volgere degli anni, disconosciuta fino al punto da vederla scomparire o almeno suddividere tanto da non trovarne più traccia.

Il Filippi proponeva di raccoglierne l'eredità e di stabilire sulle fondamenta di così vecchia istituzione un nuovo Tribunale scientifico, un Collegio medico speciale, al quale potessero ricorrere, come a fonte di consiglio e di aiuto, e medici e magistrati, onde cansare, più che fosse possibile, passionate o infondate discussioni nell'aula della giustizia, sempre a svantaggio dell'arte e della scienza medica e dei suoi rappresentanti in particolare.

Voleva anzi che un tale Collegio sorgesse in seno alla stessa nostra Società, composta com'è di tanti cultori distintissimi in ogni parte dello scibile medico.

Una tale proposta venne accolta dalla Società con

molto favore, anche perchè con la costituzione di un tal Collegio medico speciale, di carattere affatto privato, si troverebbe modo di farsi strada ad ottenere quelle riforme ben più profonde e radicali, che anche all'ultimo Congresso medico di Pisa, messe innanzi dal Prof. Raffaele di Napoli, formarono soggetto di lunghe ed animate discussioni, e non sortirono altro effetto che quello di far voti: perchè il Parlamento Nazionale se ne occupasse seriamente, quando fosse per esser discusso il nuovo codice di Procedura!

Per finire questo mio breve riassunto, non mi resta che il gruppo degli argomenti di Chimica e di Fisica.

Ai primi, oltre una mia memoria sul valore comparativo del processo volumetrico dell'Yvon ed il metodo delle Pesate, nella valutazione dell' urea, appartengono due memorie sopra la sofisticazione del chinino per l'aggiunta dell'acido salicilico, dovute al sig. Giuseppe Romei ed al dott. Enrico Pegna. Tutti e due hanno trovato delle reazioni molto importanti per isvelare ed anco valutare la sostanza che inquina il solfato di chinino, ed ambedue son certamente degni di encomio per l'esattezza che hanno posto nelle rispettive ricerche, spintivi dall' idea generosa di liberare i poveri malati dalla tremenda condizione di vedersi sfuggire o menomare gli effetti del chinino stesso, uno dei rimedi più eroici che possano vantare la vecchia e la nuova Terapeutica. Quanto alla mia memoria, non posso che aggiungere una sola parola, che cioè da molti mesi faccio uso del processo misto che io propongo nella memoria da me pubblicata dipoi su tale argomento; metto cioè in pratica insieme i due processi dell' Yvon e del Regnard, ed ho sempre ottenuto cifre tali da poterle giudicare molto più vicine al vero di quelle che potrebbero ottenersi, usando i due processi separatamente.

Infine, terminerò ricordandovi, che il prof. Alberto De Eccker venne a farci una comunicazione verbale sulle

forze elettromotrici sviluppate dalle soluzioni saline, a diversi gradi di concentrazione, coi metalli che ne costituiscono la base; dichiarando che tali studii erano stati da esso eseguiti nel Laboratorio del prof. Magnus, anche avanti il 1877, prima cioè che il Möser pubblicasse gli studii suoi sull' argomento medesimo, e sebbene il nostro socio non pubblicasse per esteso il suo lavoro altro che nello scorso anno. Un tale lavoro, frutto di pazienti e numerose ricerche, è corredato adesso da tavole molto opportune, per giudicare del valore di quelle forze elettromotrici già ricordate.

Ed ora, che credo di aver sodisfatto, nei limiti delle mie debolissime forze, al dovere di Segretario, permettetemi che io chiuda questo annuo resoconto, col riportare alla vostra memoria le fasi più importanti della vita pratica e scientifica di uno fra i soci più antichi della nostra istituzione, mancato ai vivi nel luglio dello scorso anno.

Il Dott. Luigi Calosi, a mio parere, può considerarsi come esempio di una costante e fedele attività nel disimpegno pratico dell' arte salutare, come uno di quei sacerdoti d' Igea che meglio adempirono alla sacra e giurata missione di adoprarsi a tutt' uomo a benefizio dei propri simili, travagliati dalle angoscie di fisiche infermità.

La sua lunga vita, protrattasi a più di sedici lustri, fu in grandissima parte spesa all' adempimento di codesta missione.

Nato infatti in questa stessa città, nel 1797, riceveva in data del 21 agosto del 1819, la Matricola di chirurgia, rilasciatagli a nome del Collegio Medico di Siena, dal decano prof. Biagio Bartalini, « *con licenza e facoltà di* « *esercitare liberamente e per tutto il Gran-Ducato della* « *Toscana, la Professione di Chirurgo d' intera Chirurgia,*

« *con espressa proibizione di castrare fanciulli, senza essere*
« *necessitato da malattia e senza l'ordinazione del medico*
« *matricolato, e di dare cosa alcuna per bocca, e di in-*
« *gerirsi in ciò che appartiene al Medico Fisico, e di*
« *cavar sangue senza licenza di esso, eccettuato nei casi di*
« *mera e precisa necessità, nei quali lo potrà cavare da per*
« *sè stesso, avuto considerazione alla qualità del male, ed*
« *all'età, temperamento dell'ammalato, sotto le pene, con-*
« *travvenendo, imposte dai Regolamenti di questo Collegio,*
« *ingiungendoli di osservare il prescritto della Bolla del*
« *Sommo Pontefice S. Pio V, sotto le pene e pregiudizii*
« *in essa prescritti, avendolo a tale effetto fatto opportu-*
« *namente munito.* »

E si era nel 1819.... vale a dire in un' epoca nella quale si levava il sangue, tanto volentieri, quanto oggi si amministra una bottiglia di vecchio Cognac!

Codesta matricola di Chirurgo venivagli confermata, un anno dopo, dal Collegio Medico di Roma.

Sette anni più tardi, veniva nominato, quasi contemporaneamente, Chirurgo soprannumerario nel R. Spedale degli Innocenti, e Chirurgo di Battaglione, destinato al primo Reggimento di Linea, dal quale fu poi passato al corpo dei Cacciatori a cavallo.

Successivamente migliorò alquanto la sua posizione; perchè, mentre fino dal 1834 veniva incaricato della vaccinazione nello stesso spedale degli Innocenti, con decreto del 24 ottobre 1844, riceveva la nomina di Ispettore al servizio Medico Chirurgico del predetto Luogo Pio, e poco dopo, cioè nel 1849, il Granduca di Toscana lo assegnava al Battaglione degli Invalidi Veterani, col grado di Chirurgo maggiore effettivo.

Senza contare gli innumerevoli servizii da esso prestati al piccolo esercito della Toscana, in varie contingenze anco epidemiche, mi limiterò a ricordare che disimpegnava quasi nel tempo stesso le funzioni di Chirurgo

primario del R. Orfanotrofio del Bigallo, dell'Educatorio di Foligno, e di questo stesso Arcispedale di Santa Maria Nuova.

Questi titoli gli valsero certamente ad esser nominato membro della Sezione Chirurgica dell'I. e R. Collegio Medico fiorentino, del quale fece parte fino dal 5 aprile 1839, per sovrano veneratissimo motuproprio! Notate questa circostanza certamente apprezzabile! Quel decreto medesimo nominava a membro del Collegio, anche il compianto Prof. Carlo Burci!

Ma è tempo che io vi ricordi in brevi parole la parte scientifica della vita sua, estrinsecata in alcuni lavori giudicati di molta utilità e di molto valore, specialmente pratico, da molti dotti nostrani e stranieri.

Un primo lavoro Egli pubblicò fino dal 1841, col titolo modesto di *Cenni sulla Vaccinazione in generale ed in particolare di quella praticata in sette anni nel R. Spedale degli Innocenti.*

Sopra un argomento di così vitale importanza, Egli, osservatore diligente e coscienzioso, non poteva che tenersi trincerato nel campo dell'esperienza propria, campo modesto sì, ma ben ricco di frutti e di resultati felici. Sarebbe vano cercarvi voli di genio pindarico, innovazioni scientifiche luminose, perchè ivi l'autore si è limitato a tessere con molta esattezza ed eleganza la storia, prima, dell'arabico veleno, e poi più diffusamente quella della meravigliosa scoperta Jenneriana, che la celebre pastorale del Vescovo di Goldstat definiva entusiasticamente: *come il più gran bene che Dio abbia mandato a sollievo dell'umanità!*

È pur troppo vero, o Signori; quel libricciolo del Calosi, giudicato alla stregua delle attuali conoscenze, ora che la vaccinazione entra perfino nei codici di varii stati Europei, potrebbe apparire ben misera cosa; ma riportato all'epoca nella quale il Calosi lo scriveva, acquista una importanza ben più grande, poichè allora non era del

tutto sopita l'avversione del popolo e di alcuni medici all'innesto vaccinico!

Senza ricordare gli antichi detrattori della scoperta Jenneriana, fra i quali il Goez, il Vaumes, lo Chappons, il Lemaire, il Gregoray, il Reynald, il Bayard, ec., basti dire che un medico inglese, il Dott. Messely, fantasticò tanto sui pericoli della vaccina, che giunse a dire: *che la testa di un vaccinato si disponeva ad assumere le forme di quella di una vacca!* Ed il Dott. Verdè Delisle, nell'anno di grazia 1855, pubblicava a Parigi un suo scritto, nel quale osava di asserire, che per causa dell' innesto vaccinico, *il fisico e il morale della specie umana avevano degenerato.*

Ma, per buona fortuna, in Italia non attecchirono siffatti errori, ed in Toscana fu introdotto l'innesto vaccinico nel 1801, per un'ordinanza promossavi dal valentissimo e dotto medico fiorentino, il Dott. Attilio Zuccagni, che ne affidava la prima esperienza all'illustre Prof. Nannoni.

È strano a dirsi, ma pur troppo vero, che nei 30 anni decorsi da codesta ordinanza al 1834, epoca nella quale il Calosi veniva incaricato della vaccinazione nel R. Spedale degli Innocenti, eravi tuttora molta repugnanza ad accettarlo, ed alcuni preferivano l'uso d' innestare la materia delle vere pustole del vaiuolo arabo, pratica venutaci dalla Circassia, dalla Georgia, dalla China e dalla Tessaglia; seppure non preferivano affidarsi alla problematica azione del muschio, del mercurio e dell'antimonio, stimati, anco dal Boerhaawe, preservativi sufficienti dello arabico veleno!

Ecco perchè io ho creduto meritevole di sincero encomio il lavoro del Calosi; e tanto più, perchè in Toscana, mentre il governo promulgava circolari a stampa, atte ad incoraggiare la vaccinazione, (io ne ho trovata una con la data del 5 giugno 1822) non si era voluto ricorrere ai mezzi coercitivi e penali, come in altre parti d'Italia,

e come specialmente in Germania, dove il Brempsen era giunto perfino a proporre la degradazione civile!

In Toscana invece, si voleva la persuasione lenta e graduale del popolo, si voleva che l'eloquenza imponente dei fatti mettesse in più chiara luce: che era ormai tempo di lasciare le vecchie pratiche, riconosciute o dannose od inutili, per attenersi soltanto alla scoperta del celebre cittadino di Berkeley (1).

A stabilire sempre più codesta persuasione, mirava il lavoro del Calosi, seguendo in ciò la via luminosa lasciatagli dal Carradori, dal Biagini, dal Chiarugi, dal Bruni e specialmente dal Sacco, che meritò persino di esser chiamato il Jenner italiano!

Ma già in codesto tempo sorgevano altre cause, che certamente contribuivano non poco a togliere al vaccino, e specialmente nel popolo, quella fiducia della quale senza dubbio era degno. E furono alcuni casi di vaiuolo sviluppatosi, fin dal 1800 al 1805, sopra individui già vaccinati, fra i quali uno dal Jenner istesso, ed altri dall'Istituto Jenneriano di Londra, quando appunto in tale città si sviluppò un'epidemia vaiuolosa potentissima.

Da quell'epoca, bisogna scendere fino al 1823 per trovare qualche cosa di più netto e preciso, cioè fino a quando l'Harder intraprese esperienze di rivaccinazione, con buon successo, ripetute poi egualmente dal Walfers, dall'Hafelard, dal Tohmpson, dal Coindet, dal Dufresne e da altri. Furono allora eseguite rivaccinazioni generali negli eserciti prussiano e virtemberghese e in quelli di altri stati della Germania, tanto che, fin dal 1838, la Russia, la Danimarca ed altri paesi settentrionali di Europa, resero obbligatoria la rivaccinazione.

In Francia ed in Italia si andò più rilenti nell'accettare una massima così assoluta, e si pose la questione

(1) Tutti sanno che Jenner nacque a Barkeley, città di Glowcester, il 17 maggio 1749.

in un campo d'osservazione scientifica e pratica, molto più esteso e molto più severo.

L'accademia medico-chirurgica di Bologna, interpetrando con molta opportunità codesto sentimento, in data del 20 aprile 1843, proponeva che il premio Sgarzi, fosse conferito alla memoria migliore sul seguente tema:

Esporre i fatti e le ragioni più convinçenti per stabilire se sia temporanea o perpetua l'azione antivaiuolosa della vaccina; e qualora avvenisse di concludere per la prima, si dimostri colla ragione e coi fatti a quanto tempo risulterebbe limitata detta azione.

Il Calosi entrò nel campo, scrivendo una dotta memoria, intitolata: *della virtù antivaiuolosa permanente del virus vaccino*, che presentò con un motto dell'Ab. Pietro Contrucci: *Grande e magnifico tema mi si presentò alla mente e al cuore.*

Io non starò ad analizzare minutamente un tale lavoro, che poi dette alle stampe nell'anno 1843, cioè anche prima che l'Accademia Bolognese deliberasse sul premio stabilito dallo Sgarzi.

Io ricorderò soltanto che il Calosi, fondandosi sulla propria e sull'esperienza di altri; dolente oltre modo che la rivaccinazione potesse cagionare discredito irreparabile dell'innesto vaccinico nelle menti popolari; diffidenza dei grandi sulla di lui efficacia, e scoraggiamento e cordoglio nei medici convinti del perpetuo suo potere; dopo che in grazia di lui erasi accresciuta la cifra delle popolazioni risparmiate alle conseguenze lacrimevoli della pestilenza vaiuolosa; della quale era da sperarsi che non restasse altro che la memoria come di passata sventura; il Calosi, dico, veniva alla conclusione finale del suo lavoro, ammettendo: che la *virtù antivaiuolosa vaccinica, non fu, no è, nè sarà mai temporanea, ma infallibilmente perpetua*.

Agli illustri scienziati dell'Accademia Bolognese, parv forse troppo assoluta la conclusione del Calosi; e sopra un

dici memorie pervenute al concorso, nel 1846 giudicarono degna di premio quella del Prof. Parola di Cuneo, amico intimo e dolcissimo del Calosi; e degna invece di menzione onorevole e di stampa quella del Dott. Rossi di Genova, che concludeva alla temporaneità dell'azione della vaccina ed alla necessità della rivaccinazione.

Il Parola, invece, si accostò più da vicino alla conclusione del Calosi, inquantochè venne ad ammettere: che lo *umore vaccino, ancorchè trapassato per infinita circolazione di migliaia di individui, conserva sempre la stessa virtù proteggitrice del vaiuolo, e che la rivaccinazione può riservarsi soltanto nell' ingruenza di qualche epidemia vaiuolosa.*

Ed il Calosi non era solo a credere allora come inopportuna ed inutile la rivaccinazione. Ebbe compagni, fra gli altri, nel Turchetti, nel De Renzi, nel Griva, nel Barzellotti, nel Maluccelli, nello Spinelli, nel Ludilot, nel Girardin, nell'Emery e nella maggior parte dei membri dell'Accademia di medicina di Parigi fino al 1838 (1).

Io non ho potuto sapere se in seguito di tempo, ammaestrato da buon numero di fatti proprii e di altri, cambiasse il Calosi le proprie convinzioni su tale argomento. Ho trovato peraltro una lettera gentilissima ed oltremodo cortese del Parola, datata da Cuneo nel marzo 1860, nella quale annunziandogli la spedizione delle sue lettere a stampa sulla *dottrina vaccinica,* lo avvertiva che ivi avrebbe po-

(1) Il Cav. Michelágnoli, Commissario dello Spedale degli Innocenti, dietro richiesta del Dott. Calosi, faceva appello a molti medici condotti e ad alcuni direttori di luoghi pii con l'intendimento di conoscere i resultati delle inoculazioni praticate col virus vaccino conservato ed inviato dall'Istituto Centrale diretto dal Calosi.

Dalle diverse risposte, emerge che su 38137 vaccinati, il vaiuolo si sviluppò soltanto in 32, rispetto ai quali rimanevano alcuni dubbii, sulla più o meno giusta diagnosi della malattia. V. Calosi Cav. Dott. Luigi, rapporto al Governo della Toscana per il 1860. E per maggiori schiarimenti vedi la bellissima opera *Sulle Quarantene,* del Cav. Avv. Ottavio Andreucci, così ricca di preziosi documenti e di notizie storiche anche nella parte che riguarda il vaiuolo arabo e la inoculazione del virus vaccinico; opera che l'Autore si compiaceva dedicare all'illustre Puccinotti, e che questi di gran cuore accettava.

tuto riconfermarsi: *come la rivaccinazione sia ormai passata in dogma ineluttabile di scienza.....* E concludeva amorevolmente dicendogli: *Peccato che tu voglia ostinarti a rimanere a ritroso del progresso della scienza e dell'imponente verità dell'esperienza!*

Ma non era ostinazione cieca ed illogica quella del Calosi; era bensì una convinzione fondata saldamente sull'esperienza propria, come ne fan fede i suoi rapporti annui sulle vaccinazioni praticate in grandissimo numero nello Spedale degli Innocenti, nell'Orfanotrofio del Bigallo e in molti Spedali consimili della Toscana e di altre provincie.

Il Calosi stesso tentò numerose rivaccinazioni, ed ognuno può esserne convinto leggendo quelli stessi rapporti poco fa nominati, i quali trovansi deposti nell'Archivio del R. Spedale degli Innocenti. Ma in tutti codesti esperimenti, che egli riguardava come contropruova dell'azione antivaiuolosa permanente del vaccino, non ottenne giammai nemmeno le traccie dell'eruzione vaccinica caratteristica.

A conferma di codesta sua profonda convinzione, credo basti citare il fatto, riferito da lui stesso nel rapporto dell'anno 1857: che cioè nel gennaio di codesto anno, avendo infierito il vaiuolo in Firenze ed avendo anche colpito individui domiciliati in vicinanza della casa abitata dal Calosi, questi non volle cedere al consiglio di alcuni colleghi che gli proponevano di rivaccinare una sua figlia dilettissima, diciottenne, da lui stesso vaccinata nei primi venti giorni della sua vita.

Quando gli affettuosi timori del padre non giungono a vincere la convinzione del medico, vuol dire che questa ha profonde e stabili radici nella sua mente!

Con questo, parmi di avere accennato a sufficienza lo scopo e l'intendimento preciso del Calosi nel pubblicare lo scritto in discorso; ed è perciò che, passando oltre, io mi limiterò ad accennare pochi altri lavoretti del Calosi stesso,

fra i quali uno relativo all'azione del calorico e della pressione sul virus vaccino, azione che egli trovò potente assai e tale da annullarne il potere eruttivo caratteristico. Codesti esperimenti, che gli vennero suggeriti dal Dott. Gosse di Ginevra, furono da questo pubblicati nel suo libro importantissimo sulle Quarantene (1).

Oltre i lavori scientifici già nominati, io non ho potuto trovare altro che due manoscritti; uno relativo alla lettura da lui fatta in questa stessa Accademia, nel gennaio 1843, intorno alla fisica cultura dell'uomo nella sua età puerile; l'altro non è che la risposta ad otto quesiti di cose sanitarie; quesiti che a lui erano stati proposti, fino dal 1847, dal Commissario del R. Spedale degli Innocenti.

In quest'ultima memoria, si occupò diffusamente della sifilide delle nutrici e dei lattanti, in relazione a quanto allora si conosceva sulle malattie veneree: mentre nella seconda, con un linguaggio forbito, elegante ed affettuoso, degno dello zelo e dell'amore di padre, metteva in giusto rilievo i pericoli ai quali son soggetti i fanciulli di tenera età, fin dal momento del loro nascere, intrattenendosi a parlare di alcune regole igieniche molto opportune a scongiurarli, e chiudendo poi il suo discorso con alcune sue idee sull'educazione morale e fisica del fanciullo, onde *il cuore di questi senta l'amore ed il bene dei suoi simili, cresca leale ed amante della verità e della virtù,* e finalmente:

Alla patria ed ai suoi viva con frutto.

Con questo, io son giunto alla fine di questi appunti necrologici, i quali avranno servito a ricordarvi l'operosità pratica e scientifica del Calosi, che appunto per ambedue tali titoli si meritò l'amicizia, l'affetto e la stima dei suoi colleghi d'Italia e di molti stranieri; e potè anche esser preso in considerazione onorevole, prima da

(1) Gosse. Mémoire sur les Quarantaines. N. 9, docum. copie du procès verbal des experiences faites par le Docteur Calosi.

molti dei governi che reggevano le varie parti dell'Italica penisola, e poi anche dal governo dell'Italia redenta, in quantochè in data del 19 aprile 1861, il Ministro Minghetti gli partecipava la nomina a Cavaliere nell'ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro.

Inoltre, fino dal marzo 1857, il governo Granducale, col mezzo del Presidente del Consiglio dei Ministri, il Baldasseroni, gli aveva fregiato il petto della decorazione di anzianità, onorificenza stabilita con decreto del 19 dicembre 1850, e che veniva conferita ai diversi ufficiali del piccolo esercito Toscano, quando avevano compiuto nella milizia, trent'anni di servizio fedele e non interrotto.

Innumerevoli ebbe poi i titoli accademici (1); con i diplomi ora di socio ordinario, ora benemerito, ora fondatore, ora finalmente onorario. Fra essi primeggiano quelli della Società nostra, della Società dei Fisio-Critici di Siena, della Società Frenopatica Italiana e della Società Medico-Chirur-

(1) A titolo di complemento biografico del Dott. *Luigi Calosi*, mi compiaccio riportare i nomi delle diverse Società delle quali Egli faceva parte, come socio conservatore, benemerito, onorario, fondatore, ec.

Egli infatti era membro delle seguenti associazioni: Società Medico-Fisica Fiorentina — Società Medico-Chirurgica di Bologna — Società Scientifica dei Fisio-Critici di Siena — Società Frenopatica Italiana — Accademia Casentinese del Buonarroti — Accademia Scientifico-Umanitaria Giovanni Pico della Mirandola — Accademia di Lettere ed Arti Economiche della Valle Tiberina Toscana — Istituto Bandiera di Vaccinazione — Gl'Intrepidi; Accademia di Scienze, Lettere ed Arti, avente sede nell'antichissima Città di Cori — Accademia de'Quiriti — Reale Accademia di Scienze Mediche di Palermo — Accademia Filarmonico-Drammatica di Narni — Associazione dei Salvatori Medagliati del Mezzogiorno d'Italia, con sede in Napoli — Società Magnetica d'Italia — Accademia degl'Incolti, in Cingoli — Associazione dei Salvatori, in Gaeta — Accademia di Scienze e belle lettere degli Abbozzati, in Sezze — Collegio Sociale di Carpi, nell'Emilia — Società Medica di Livorno — Accademia degli Incamminati, in Modigliana — Circolo Promotore Partenopeo, Letterario, Scientifico, Artistico, Giambattista Vico, in Napoli — Associazione di mutuo soccorso de'Salvatori dell'Italia meridionale in Napoli. (*Presidente Onorario*) — Società Giovanile per l'istruzione popolare, avente sede in Augusta. — El istituto médico valenciano — Société centrale des Sauveteurs de Belgique — Société des Sciences Physiques, Chimiques et Arts agricoles et industriels de France — Institut Historique des sciences, des beaux-arts à Londres.

gica di Bologna, che anzi avevagli accordato fin dal 1845 il distintivo speciale stabilito dal Pontefice Gregorio XVI.

Finalmente, era membro di alcune associazioni scientifiche della Spagna, del Belgio, della Francia e dell'Inghilterra.

In una parola, lo ripeto volentieri, il Calosi era uomo stimato in Italia ed all'estero; e credo ben ponderate e giuste le parole dell'illustre Prof. De Renzi (1), che lo definirono come istruito, benemerito e coscienzioso.

Questo, in quanto alla sua vita intellettuale e scientifica.

La vita fisica, peraltro, cedè lentamente agli attacchi di diversi malori, che cominciarono a tormentarlo assai precocemente nei visceri del ventre, del petto, e negli organi importantissimi della vista e dell'udito. Ho trovato in proposito diversi certificati autografi del Luciani, del Barzellotti, del Paoli ed uno molto pregevole dello stesso Bufalini, a lui rilasciati fino dal 1857.

Da codesta epoca, i malori aumentarono sempre, e più che mai nel principio dell'anno decorso, giacchè allora l'oppresse e vinse

La fatale stanchezza della vita,

ed il suo corpo, offeso negli organi e nelle funzioni più essenziali, fu preso dal marmoreo freddo della morte il 22° giorno del giugno 1878, in questa stessa Firenze, dove egli era nato il 26° giorno del luglio 1797.

Godi ora, spirito modesto e gentile, il premio delle tue virtù ed accogli l'umile tributo che per la mia bocca ti offre questo nobil consesso, di cui fosti per lungo volgere di anni parte e decoro!

(1) Cav. Prof. De Renzi. Memoria sulla scoperta del Cow-pox nella Capitanata, 1839.

RAPPORTO GENERALE

SULLE

PUBBLICAZIONI PERVENUTE IN DONO

ALLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1878

letto dal Segretario delle Corrispondenze nella Seduta Solenne del 26 gennaio 1879

Merito principale di questo rapporto sarà quello di esser breve, il che se da una parte sarà testimonianza o di inerzia, o di stanchezza dal lato del vostro segretario, da un'altra sarà a voi soci e colleghi di non lieve conforto. E per tenere la promessa vi basti questa concisione dell'esordio, e lasciate che entri in materia.

La prima opera che mi si para innanzi nella parte chirurgica è quella della trapanazione del cranio del Prof. Ferdinando Zannetti, la quale se volesse essere esaminata capitolo per capitolo, come pure ne avrebbe diritto, mi occuperebbe troppo tempo e d'altra parte pensando che nella posizione nella quale mi trovo di fronte all'autore parrebbe adulazione la lode, ardire o qualche cosa di peggio la critica, me ne passerò ricordandola solamente come uno di quei lavori che rappresenta il pensiero, e se fosse permesso così esprimersi, l'ideale della vita di un uomo. La trapanazione, e forse meglio le ferite e lesioni del cranio da causa traumatica, fu in fatti argomento preso di mira

dal vostro collega e carezzato fino dall' infanzia della sua vita scentifica, poi meditato e coltivato con cura e passione nella non breve durata di quella, tenuto di vista fra le occupazioni dell' insegnamento, in mezzo al delicato disbrigo delle questioni di chirurgia forense, e fra le amarezze e le sodisfazioni di una estesa pratica privata, per avere infine il suo compimento, quando, abbandonato il clinico esercizio in questa scuola, pareva che quell' uomo dovesse cercare riposo all' attività singolare, che dalla cuna l' aveva accompagnato fino alla vecchiezza. Ma ciò che era una promessa fatta a sè stesso, in uomini di quella tempra diventa un dovere e quindi volle compiuto il lavoro, e non ebbe pace nè quiete finchè limatolo e riordinatolo non vide la luce. Qualunque sia il giudizio che voglia farsi dell' opera, essa starà là a mostrare una fermezza di volontà che pochi sanno tenacemente conservare nel correre degli anni. E questo basti, e tanto più volentieri quanto il Dott. Ceccherelli nel giornale *Lo Sperimentale* del 1878. ne ha dato un sunto molto preciso e dettagliato, e tale da servire a farsi una idea abbastanza esatta delle molte cose che vi sono discorse, delle varie questioni che vi sono trattate e dei buoni precetti chirurgici che vi sono svolti intorno alla diagnosi, prognosi e cura delle varie lesioni della testa, non che intorno all'applicazione del Trapano nei varii casi semplici o complicati di queste lesioni così importanti e così gravi, e talora tanto oscure nella loro natura, sede, ed estensione da porre il pratico in serio imbarazzo non tanto per stabilirne rettamente la diagnosi e la prognosi, quanto per la scelta dei mezzi più acconci per la loro cura, e per la salvezza dell' infermo.

La memoria del Dott. Carlo Tempesti sul metodo misto nella cura delle pietre vessicali, e da voi ben conosciuta, ha dato luogo a una polemica fra esso e il Dott Ceccherelli nella quale dall' una parte e dall' altra si so stennero opinioni diverse. E qui se tengo conto dell

discussione avvenuta nel vostro seno su quella memoria, se tengo conto di alcuni precetti chirurgici che ancora mi sembrano i più sani, parmi che il Dott. Tempesti non sia in tutto dalla parte della ragione, ancorchè possa avere dalla sua qualche rispettabile celebrità chirurgica. Per me la litotripsia ha i suoi pericoli, e non tanto leggeri, come forse non minori ne ha la litotomia; andare a cumulare i pericoli dell'una e dell'altra non mi persuade che sia il miglior procedere; nè seguire i migliori precetti dell'arte. Quando il chirurgo ricorre a un atto operatorio per togliere e guarire una infermità, deve scegliere non solo il mezzo unico e migliore che gli si presenta, ma anche il più adatto e acconcio al caso speciale, e in ciò apparisce la saggezza e la bontà del chirurgo. Quindi per me il metodo misto nella cura delle pietre vessicali sarà sempre l'eccezione e mai la regola. Il fatto poi, narratoci dal Dott. Tempesti con un candore di esposizione che gli fa onore, nulla prova in favore del metodo misto, e non significa altro che egli ha avuto la fortuna di abbattersi in una vessica di una tolleranza tutto affatto fenomenale da permettere un numero grande di sedute, da non ricevere impressione dalle più ardite, chiamiamole così, manovre, tanto che infine fu possibile triturare completamente una pietra assai voluminosa, e così dimostra che talora il chirurgo può incontrarsi in vessiche così docili e tolleranti da concedere di rinnovare le sedute di litotripsia oltre l'ordinario, e senza gravi inconvenienti, e in questo appunto stà la parte interessante del caso. Se poi non erro e ho ben compreso mi pare che il Dott. Tempesti tragga l'indicazione a triturare i calcoli vessicali dal loro volume, mentre l'indicazione alla litrotipsia o alla litotomia credo io si debba trarre non tanto dal volume, quanto e molto più dalla natura e resistenza del calcolo per quello che ce ne possa fornir lume l'esplorazione e il suono, quanto ancora dallo stato e dalla tolleranza della vessica; il

volume del calcolo potrà piuttosto servire di norma alla scelta del metodo di litotomia, quando si sia venuti nella convinzione di non poterlo triturare. Nè meno credo sia a ritenersi savio precetto chirurgico quello di spingere tanto oltre l'uso del litotritore da sfidarne per fino la rottura, perchè in questo caso la litotomia, necessariamente richiesta, sarà resa più grave, per l'aggiunta di un nuovo corpo estraneo da estrarre, se pure è sempre vero, e parmi che ne convenga anche il Dott. Tempesti, che il tempo che riesce più lungo, e più difficoltoso è quello dell'estrazione del calcolo, e che quanto è maggiore il numero dei calcoli tanto più gravi conseguenze e pericoli maggiori sono a temersi per l'operato. E se un martello da calzolaio rimpiazzò il martello ordinario e senza inconvenienti, mi permetta il Dott. Tempesti di dirgli, che qui la fortuna dette ragione all'ardire, quando non avesse a dirsi alla dimenticanza di un altro dovere del chirurgo, quello cioè, che al momento di eseguire un'operazione qualunque deve avanti essersi provvisto di tutto quell'armamentario che può occorrergli, anche in previsione dei casi più strani e meno prevedibili.

E a proposito de' calcoli vessicali ricorderò qui un'altra memoria del Dott. Raffaello Piccinini, la quale, se non è preziosa per la novità, viene però ad aggiungere un nuovo fatto di pietra saccata, in cui l'esplorazione ripetuta più volte dette ora sì, ora no la sensazione dell'esistenza del calcolo. E dovè essere momento serio per l'operatore, persuaso della sua esistenza, quello di non sentirlo più, nè poterlo estrarre subito dopo fatto il taglio perineale. Che se poi successive ricerche, bastarono a rintracciarlo, e non poche lunghe manovre a enuclearlo dal suo nascondiglio e trarlo fuori, ciò non avvenne che colla perdita dell'operato, sezionando il quale si potè verificare che il calcolo stava quasi in totalità nascosto in una appendice della vessica, non uscendo fuori di tal cavo che

per piccolissima porzione, si chè non fu possibile estrarlo altro che penetrando con piccolo cucchiaio fra il calcolo stesso e la parete del sacco, dandogli di leva e facendolo così saltar fuori da quella sacca, ove pareva sfidare l'abilità dell'operatore.

Un'altra memoria del Dott. Ceccherelli sugli incurvamenti delle ossa per rachitide ha suscitato una polemica fra esso e il Dott. Paolo Cresci-Carbonai. Non entrerò a discutere la questione insorta fra i due egregi colleghi, che facilmente rimarrebbero ciascuno del proprio avviso, dopo il mio discorrerne e discuterne; e non vi entrerò perchè mi sembra che il loro altercare sia quasi superfluo. Quando infatti il Dott. Ceccherelli dice; se per rachitide avete tale deviazione degli arti inferiori da rendere deforme e difficile la deambulazione e tale che può viziarvi anche il resto dell'armonia scheletrica, se l'affezione rachitica è guarita coll'uso di quei mezzi che l'arte medica possiede, se per rimediare a quella deformità avete esperimentato inutilmente la cura interna, il mare, l'idroterapia, la cura ginnastica e le macchine, ricorrete all'osteotomia, o all'osteoclastia che hanno dato felici resultati ad abili chirurghi, come attestano certe statistiche; quando dice tutto ciò a che siamo? Siamo in uno di quei casi, nei quali conviene attenersi a quel dettato assai vecchio, che ai mali estremi occorrono rimedi estremi, e se questo rimedio mi viene fornito dalla chirurgia, sembri anche ardito, perchè dovrò rigettarlo? Fin qui concordo adunque col Dott. Ceccherelli, e mi pare anche che i due contradittori possano essere vicini a intendersi e conciliarsi.

Nel replicare però al Dott. Cresci-Carbonai, il Dottore Ceccherelli rompe una lancia contro i consulti regolamentari che gli riescono antipatici, perchè secondo lui non servono che a inceppare il curante, e a recar danno al malato. Qui per dire il vero son costretto a non dividere questa antipatia del Dott. Ceccherelli, perchè quest'uso che

esiste da molto tempo nell'Arcispedale di S^a M. Nuova, non sorse coll'intendimento di inceppare il curante, e tanto meno con quello di recar danno al malato; tutt'altro; esso nacque e fu creato col fine umanitario di essere utili agli infermi, di avere una salvaguardia contro l'abuso che potesse farsi di operazioni o non necessarie o non opportune; fu istituzione che stava a rappresentare il costume dei consulti nella pratica privata; fu anche stimato opportuno come mezzo d'istruzione dei giovani praticanti, che nella discussione del prò e del contro per una data operazione, o nell'esposizione delle varie opinioni sulla diagnosi oscura di una data infermità, apprendessero a far sempre al letto dell'infermo quell'esame diligente di tutti i possibili, quel calcolo esatto delle indicazioni a operare o nò. E che io mi sappia quest'uso non ha poi recato inceppamento alla più larga pratica chirurgica, giacchè operazioni gravi furono sempre consentite, quando la necessità le richiedeva, e se talora la maggioranza si dichiarò contraria non ne insorse lamento per parte del proponente.

La mia poi non avversione ai consulti regolamentari viene anche da ciò, che quanto amo che sia il più possibilmente libera la mano del giovine, rispetto anche molto il giudizio di coloro che sono incanutiti nell'esercizio dell'arte, e penso che talora riescano i salutari moderatori di certi ardimenti troppo precipitati e di impetuosità giovanili naturali in quell'epoca della vita, che si lascia facilmente trascinare e affascinare da tutto quello che è nuovo, e che apparisce come un campo di gloria, e di rinomanza. Spesso allora quelle teste calve, o quelle venerande canizie, quelle fronti rugose, quelle persone vacillanti sono l'utile salvaguardia che non contende la gloria, ma che salva da una caduta. E in uno spedale, è bene anzi che questa salvaguardia vi sia, che i giovani si esercitino, ma sempre sotto la sorveglianza e la guida di chi è preposto al buon andamento delle infermerie, e ciò per

evitare casi dispiacevoli, ricordandosi che l'apprendere e istruirsi deve essere sempre fatto senza danno dell'umanità che viene a chiedere soccorso, o a cercare salute in un pio stabilimento (1).

Fra le memorie chirurgiche debbo anche ricordare un caso di occlusione intestinale, nel quale, ancorchè l'esito non fosse fortunato, riuscì momentaneamente giovevole un particolare metodo di cura detto enteroclismo, di recente proposto dal Prof. Cantani clinico di Napoli, e dal Dott. Ceccherelli sperimentato, come dice nella sua memoria con poca fiducia di successo. L'enteroclismo consiste in una iniezione di liquido per l'ano che scendendo dall'alto può pure risalire molto in su per l'intestino fino a raggiungere il ceco dietro la legge fisica che i liquidi in tubi chiusi avanzano e risalgono fino all'altezza da cui sono venuti. Al Ceccherelli riuscì momentaneamente di ottenere scariche alvine con questo mezzo, il quale sarebbe specialmente applicabile al caso di occlusione intestinale per intasamento da materie fecali, ma intorno alla cui utilità occorre di attendere il responso di un maggior numero di osservazioni e di fatti.

In una memoria, intitolata apprezzamento della Gastrotomia, il Prof. Rizzoli viene a dimostrare che nelle stenosi esofagee si potrà molto facilmente fare a meno di questa gravissima operazione, sapendosi opportunamente giovare secondo i casi della dilatazione del restringimento con i mezzi dilatanti semplici, o usando questi al seguito della esofagotomia interna, o della esterna, ma sopratutto non

(1) Suppongo che per consulti regolamentari si tratti di quei consulti che si facevano nella Clinica chirurgica, o nella medica, e nei turni chirurgici e medici, coll'intervento del clinico, del proponente il consulto, di altri insegnanti o chirurghi e medici di turno e del soprintendente. Ed è dell'utilità di questi che intendo parlare. Vorrei di più che nessuna operazione s'intraprendesse nei depositi senza l'intervento dei direttori delle infermerie, uno dei quali dovrebbe essere sempre presente nello spedale; i direttori suddetti dovrebbero specialmente essere scelti fra quelli che abbiano dimostrata attitudine all'esercizio chirurgico, perchè in uno spedale i casi che possono richiedere urgenza di provvedimenti, e atti operatorii subiti non sono che i casi chirurgici.

precipitando e sapendo prendere a volo il momento favorevole di vincere la stenosi, il che talora succede dopo molte prove infruttuose e scoraggianti, a riprova di che riporta in gran parte nella sua memoria il caso che molto dettagliatamente e brillantemente narrava il Dott. Giovanni Del Greco alla nostra Società.

In ostetricia molti sono i casi in cui occorre dar mano all'uncino e, quando sia permesso raggiungere il sito ove vuolsi applicare in specie per far trazione, il dito del chirurgo è certamente il migliore; ma, poichè questo non sempre può raggiungere la parte su cui vuolsi agire, o su cui vuol portarsi un laccio, o uno strumento segante e schiacciante, così intorno agli uncini smussi meccanici molto si è affaticato l'ingegno degli ostetrici, e dei fabbricanti di strumenti chirurgici, modificandoli, complicandoli, e rendendoli atti a servire a ambedue gli ufici ricordati; in ultimo poi si fecero articolati in modo da prendere quasi la forma del dito colle sue tre falangi articolate e piegabili a una per volta con un facile meccanismo, conservando l'attitudine a servire da porta lacci ec. Il Dott. Wasseige ne passa in rivista molti e finisce col raccomandare il proprio, difendendolo dalle critiche fattegli, e consigliandolo come il migliore. Ed io non posso che raccomandarlo agli ostetricanti perchè l'esperimento serva a conferma dell'asserzioni dell'autore.

In altre due memorie lo stesso autore narra due casi di operazione cesarea con successiva amputazione utero-ovarica, dei quali uno riuscito a guarigione l'altro terminato colla morte. I vantaggi di questa operazione sarebbero quelli di non lasciare colla ferita dell'utero una sorgente di future complicanze nel bassoventre, di poter quindi con più tranquillità chiudere la ferita delle pareti addominali, e infine di porre la donna al sicuro di future gravidanze. Intorno a questo modo di operazione, che in Italia fu praticato credo una sola volta dal Prof. Porro

nell'anno 1876, abbiamo ancora poche osservazioni e non sufficienti a trarne deduzioni assolute.

Intorno all'ovariotomia abbiamo quattro memorie; cioè le conferenze sopra una ciste ovarica e susseguente ovariotomia fatte dal Prof. Giosuè Marcacci e raccolte dallo studente Adolfo Barli: la storia di due ovariotomie una seguita da morte l'altra da guarigione, la prima centuria di ovariotomie in Italia, e la quadrilustre pratica in ovariotomia del Dott. Spencer Wells, memorie del Dott. Domenico Peruzzi. La prima centuria Italiana di ovariotomie eseguite in Italia da 34 diversi chirurghi hanno dato 63 morti e 47 guarigioni: 868 ovariotomie eseguite in 20 anni dal solo Dott. Spencer Wells hanno dato 655 guarigioni e 215 morti, ossia circa tre quarti di guarigioni e un quarto di morti. Qui mi pare che, tenuta ferma la veridicità e sincerità di queste due statistiche, i resultati migliori di quest'ultima non trovino altra spiegazione che nell'unicità dell'operatore. Sarebbe ciò una riprova che le specialità hanno pure qualche cosa di buono, quando sono in mano di persona che conosce bene la scienza medico-chirurgica in generale.

Il Dott. Luigi Fialla, capo del servizio chirurgico allo ospedale filantropico di Bucarest, narra in una sua memoria la guarigione di sei ciechi dalla nascita per cateratta congenita. Più che per l'interesse dei fatti che non sono nuovi, la memoria è importante per gli studii fatti sui cechi stessi dopo la subita operazione. Tutti i suoi operati si servivano male dell'apparato muscolare che muove il globo oculare, che anzi subito dopo l'operazione, i movimenti erano irregolari e come non dominati dalla volontà, ma bastavano in genere pochi giorni perchè i movimenti si stabilissero regolarmente e prendessero la forma dei volontari. Non sarebbe vero che la retina privata della luce fino a 10 anni perda ogni impressionabilità alla luce. I primi giorni non riconoscevano gli oggetti che tasteggiandoli,

cioè nel modo stesso che quando erano cechi. Nei suoi operati l'ha colpito un movimento, che gli è parso reflesso, consistente in una inspirazione profonda che facevano specialmente mostrando loro un oggetto brillante. Nelle donne ha visto succedere una trasformazione morale sotto lo svilupparsi della facoltà visiva, specialmente in tutto quello che ha rapporto con la nettezza, con l'acconciatura dei capelli, col vestiario, si direbbe con la vanità, e col desiderio di piacere, e d'imitare i suoi simili.

Intorno all'uso dell'Iodioforme nella terapia delle malattie veneree il Dott. Barduzzi dice, di averlo adoprato tanto nelle forme locali come mezzo topico, tanto internamente in sostituzione dell'ioduro di potassio da 5 centigrammi fino a 50 centigrammi. Avendo in quest'anno al sifilicomio usato largamente l'iodioforme nelle forme locali posso confermare i suoi buoni effetti specialmente nei casi di fagedenismo, e nelle ulceri dell'orifizio anale. Non l'ho esperimentato internamente, sembrandomi che ancora le frizioni mercuriali e l'ioduro di potassio facciano assai buona prova.

Con uno studio sulle dermatosi da lesioni nervose il Dottor Giorgio Marcacci passa in esame le dermatosi da lesioni dei nervi periferici, poi quelle da lesioni dei centri encefalo e midollo spinale, e in ultimo quelle da lesioni del gran simpatico; argomento certo molto interessante, ma d'altra parte ancora assai oscuro, specialmente quando si vuole rintracciare il rapporto e il nesso patogenico tra queste dermatosi varie per forma e per natura, e tra le lesioni di parti diverse dell'apparato nerveo.

Il Dott. Paolo Cresci-Carbonai con la narrazione di tre fatti di paralisi pseudo-ipertrofica, molto megliorati con l'applicazione della corrente elettrica continua, illustra una malattia non tanto comune, già accennata e definita dal Duchenne e caratterizzata in principio da un indebolimento dei movimenti dei muscoli motori delle membra inferiori

e degli spino-lombari, estendentesi poi anche ai muscoli degli arti superiori, indebolimento che giunge fino all'abolizione del movimento. Gli altri caratteri di tale infermità sono l'aumento di volume sia di alcuno, sia di tutti i muscoli paralizzati, e l'iperplasia del tessuto connettivo di questi, con produzione di tessuto fibroso in principio, e di vessicole adipose in un periodo più avanzato dell'infermità.

In medicina ad eccezione di discorsi inaugurali come il concetto della vita, e la scienza e l'insegnamento del Prof. Guglielmo Romiti, l'enciclopedia delle scienze discorso del Prof. Ziino, e ad eccezione della medicina elettiva di nuovo considerata del Prof. Versari, altro non mi resta da annunziarvi che a voi non sia già noto per letture avvenute nel vostro seno. Nè credo dovermi occupare delle ultime memorie di clinica medica pubblicate in varii giornali italiani dal Dott. Vitantonio Gianpietro, perchè esse sono tutte anteriori all'anno 1878, e quindi ancorchè possano avere interesse scentifico, sono fuori del compito che deve avere il presente rapporto.

Passerò a volo anche sopra la parte fisiologica, nella quale prendono la parola il Prof. Cesare Studiati con una memoria sul carattere fisiologico del tessuto adiposo, e sulle sue relàzioni coll'intiero organismo; il Prof. Versari con le sue obiezioni all'ultima teoria sulla causa del sonno, cioè a quella del Prof. Preyer fisiologo a Ièna e specialmente in quella parte nella quale il suddetto dichiara « che alcun fe-
« nomeno psichico, qualunque sia, non può manifestarsi, se
« il cervello non abbia a sua disposizione una certa quantità
« di ossigeno che gli è portata dal sangue; e che, se le cel-
« lule ganglionari mancano di ossigeno, le azioni cerebrali
« si rilassano come nel sonno. » In ultimo prende la parola in argomento di fisiologia sperimentale, il Dott. Corso con due memorie che voi ben conoscete, l'una sul Pancreas e sulla questione se digerisca in animali smilzati, e l'altra sull'influenza della Nicotina sopra l'organismo animale,

cercando in questa di mettere d'accordo le opinioni diverse che intorno a ciò ebbero fisiologi rispettabili, fra i quali basti nominare il Vulpian ed il Bernard.

E passo a una serie di memorie di argomento molto vario, ma che pure si connettono con l'igiene e con la statistica.

Argomento in parte igienico, in parte industriale è quello del Dott. Giorgio Roster, intitolato notizie sull'uso delle acque di fogna nell'interesse dell'Agricoltura e pubblicato negli annali del ministero di agricoltura industria e commercio. In esso è parlato del tentativo fatto di adoprare ad uso agricolo l'acqua che si raccoglie negli emissari della città di Firenze; delle ricerche fatte sulla temperatura, sulla qualità e quantità di materie fertilizzanti contenute in quest'acque raccolte in due ore diverse di ogni giorno, sui resultati che se ne sono ottenuti esperimentandole in un pezzo di terreno alle Cascine presso il tiro al bersaglio, sulla quantità che ne potrebbe essere fornita, sull'estensione di terreno che sarebbe irrigabile, sulle località più adatte a tali irrigazioni, sui prodotti vegetali e specialmente orticoli che se ne potrebbero ottenere e sul lucro che ne potrebbe ritrarre il comune. Oltre a ciò vi è nel libro stesso una scorsa sull'uso di queste acque sia in altri paesi d'Italia, sia in città straniere. L'interesse di questa memoria stà nel dimostrare come, lasciando immettere le acque di fogna in qualche corso di acqua si perda una quantità di materiali fertilizzanti grandissima, che nelle città di qualche importanza potrebbe benissimo servire a concimare e rendere più fertile una estesa superficie di terreno, dando frutti abbondanti e rigogliosi, appunto perchè non potrebbe esserne danneggiata la vegetazione dai calori o dalla siccità eccessiva.

Col discorso di chiusura delle conferenze al corso autunnale di ginnastica, il Dott. Borgiotti viene a darmi una consolante notizia, ed è che ciò che era un desiderio ardentissimo è divenuto una realtà, cioè che gli insegnanti

abbiano una idea della ginnastica non come semplice passatempo, ma come mezzo che giovi all'armonico sviluppo del corpo e delle sue funzioni, sotto la guida di certe norme che la rendano veramente salutare ed igienica.

Una guida popolare per soccorrere coloro che si trovano in stato di morte apparente e in modo speciale gli asfittici, compilata dal Dott. Bartolozzi per commissione avutane dalla Confraternita della Misericordia di Pescia, dà quelle norme che devono aversi per richiamare in vita questi individui, e di quei mezzi che possono adoprarsi anche da persone che non sieno dell'arte e che si trovino in sito; descrive dettagliatamente l'utile modo di respirazione artificiale del Prof. Pacini, senza trascurare di accennare agli altri mezzi accessori che possono coadiuvarlo, e renderlo più prontamente efficace.

Il Dott. Alfonso Bos c'invia la copia di una sua conferenza tenuta all'istituto di salvataggio del Mediterraneo, di cui è vicepresidente, e intitolata primi soccorsi ai feriti. E in questo discorso, con linguaggio facile e piacevole, si occupa del modo di rialzare e trasportare i feriti specialmente nei casi di fratture, indicando i mezzi più alla mano e più semplici e dando quelle norme necessarie perchè il meno possibile ne soffra l'arto fratturato; in secondo luogo parla dei mezzi di arrestare provvisoriamente una emorragia sia con la compressione diretta, sia con l'indiretta, sia con la flessione dei membri; in ultimo dice del modo più semplice con cui può essere fatta la prima medicatura e fasciatura di una ferita.

Intorno all'ordinamento della sanità del regno parla il Dott. Pietro Castiglioni in una lettera a S. E. il ministro dell'interno, lamentando come al centro manchi una autorità medica, che si occupi di tutti gli argomenti sanitarii ed igienici che possono veramente interessare la pubblica salute, e da cui si diramino alle commissioni di sanità provinciali e comunali le norme generali da se-

guirsi, le ricerche e gli studii da farsi intorno a tanti argomenti di medicina pubblica e di statistica, argomenti che ora sono trattati al ministero da persone che non sono dell'arte, e lo lamenta tanto più per vederci inferiori in ciò agli altri paesi d'oltre alpe, ove esiste una direzione medica centrale che in Germania si vorrebbe per fino inalzare a ministero, e in Austria, Russia e Francia è rappresentata da un medico consigliere della corona, da un consigliere aulico, da un ispettore generale di sanità.

La quale mancanza parmi si faccia anche più manifesta in questi momenti, se è vero che una epizozia bovina minacci la nostra frontiera al nord, se pure non l'ha già varcata e senza che nessun provvedimento sia stato preso; forse si sta studiando? Speriamo che lo studio non sia maturo quando il male è irreparabile. E maggiore si fa sentire quell'acefalia sanitaria, se è vero, come pare indubitato, che l'Europa sia minacciata da una epidemia di Peste bubbonica, e apparisce chiara quando vediamo le maggiori potenze interessarsi al pericolo e porsi d'accordo per farle argine, mentre l'Italia che in tali circostanze è stata una delle prime a concorrere col consiglio quando era un'espressione geografica, ora che è potenza di primo ordine, che come tale si è assisa più volte a discutere colle nazioni sorelle, che fa? O a meglio dire che si fa là donde dovrebbe partire l'impulso e la vita? Si guarda? Si pensa? O si dorme? Vi meravigliereste che per far presto si creasse una commissione, s'intende prendendo a norma l'interesse di partito politico, piuttosto che quello scentifico? Che a capo di questa commissione si mettesse un generale, che non fosse s'intende bene l'unico generale medico che esiste nel regno? E pure o signori anderà così finchè per le gare individuali, per i rancori personali, per le guerricciole di partito e per la caccia ai portafogli, i ministeri nasceranno e sfumeranno come immagini di caleidoscopio; finchè gli uomini che sono al governo e che devono aiu-

tarlo, non faranno dell'onestà il loro abito, del desiderio di fare il bene del paese la loro guida, e la propria gloria non cercheranno che nel rendere l'Italia forte e ordinata all'interno e rispettata al di fuori. Sarà solo quando sottentri alle passioni di partito e un po' anche di campanile la calma dell'uomo di governo, che potremo sperare avvantaggiarsi e megliorarsi le amministrazioni; e allora soltanto è sperabile che i ministri si persuadano di non poter tutto abbracciare; allora solo sarà sperabile che entri nei loro cervelli che la medicina pubblica, o l'igiene sociale non possono essere trattate con autorità di parole, con piena conoscenza di causa, con pronta corrispondenza di fatti e di disposizioni, altro che da persone che abbiano vissuto in mezzo alle discussioni scentifiche e alla pratica medico-chirurgica. Ma fino a quell'epoca la lettera del Dott. Pietro Castiglioni ad onta delle molto giuste considerazioni, dei lamenti molti e fondati espressi con arditezza di parola e con felicità di linguaggio, sarà una lettera morta su cui nessun ministro dell'interno getterà l'occhio, e che forse con un anno di vita è già sotterrata nella polvere degli ufici, o dimenticata nelle lunghe filze degli archivi (1). Per noi quella lettera rimarrà come un attestato di quella indipendenza di carattere, di quell'amore al bene del paese che furono i pregi principali del collega, che fu nostro socio conservatore durante il tempo che questa città fu sede del governo, poi corrispondente quando egli si recò a Roma, e la cui vita operosa in specie nei vari congressi dell'associazione medica italiana, e nella presidenza dell'associazione nazionale dei medici condotti si estinse sul finire del corrente anno.

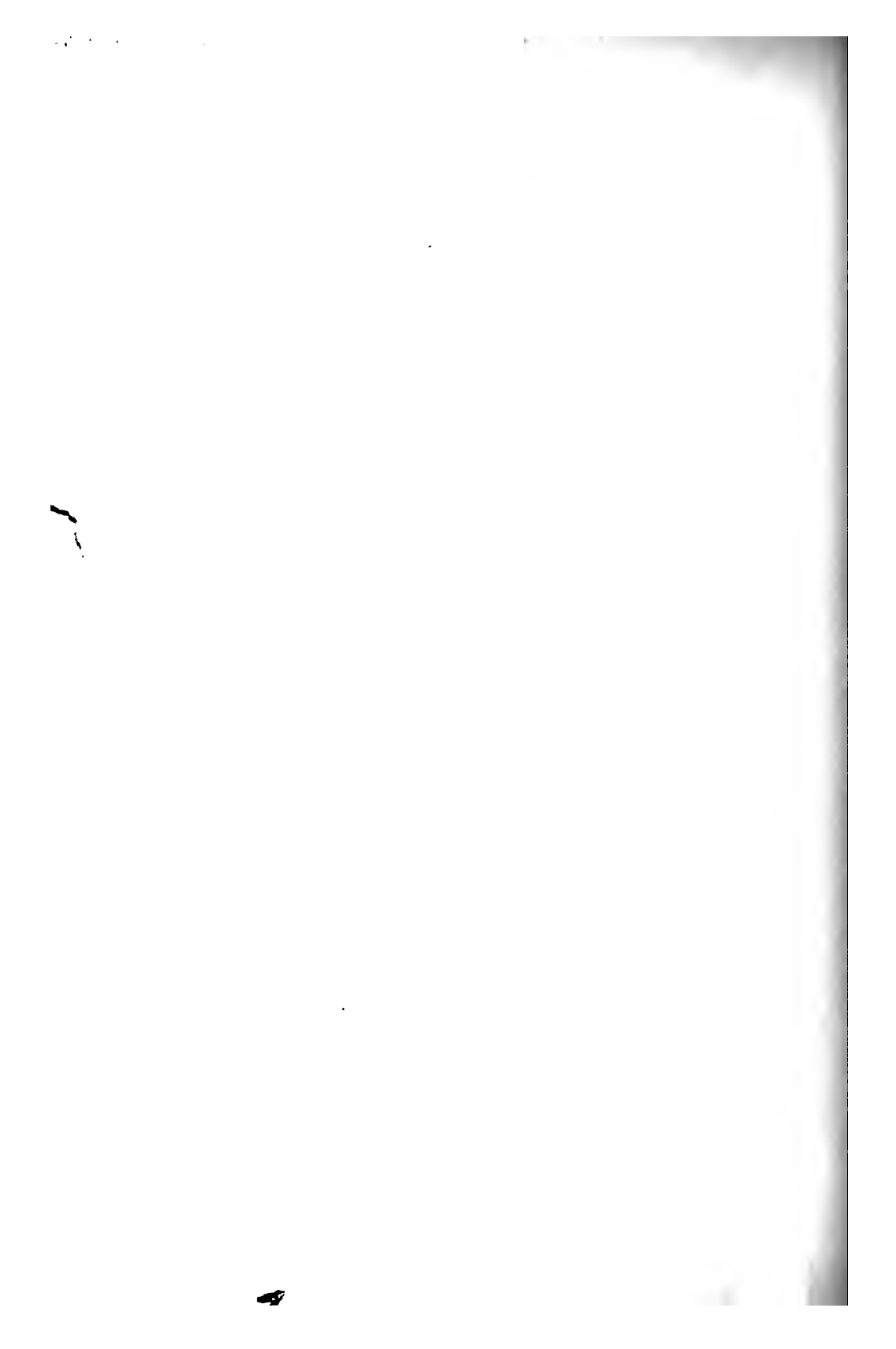
(1). Queste parole erano scritte quando già da almeno 20 giorni si parlava della peste in Russia, e solo dopo 5 o 6 giorni che furono lette bucinò sui giornali che il ministero dell'interno si fosse svegliato e avesse preso qualche provvedimento e meditasse di porsi d'accordo colla Germania e coll'Austria per prenderne altri.

Le proposte fatte dal Dott. Borgiotti al congresso medico di Pisa sulla questione della statistica medica meriterebbero un lungo esame e darebbero argomento a molte considerazioni, per quanto fossero accettate dal congresso stesso, ma ciò mi costringerebbe a rinunciare a quella concisione che mi sono prefisso. Forse migliore occasione potrà farmici ritornare.

In ultimo ricorderò le avvertenze sulla questione universitaria del Prof. Pacini, col quale concordo nel ritenere che la questione del numero dell'università voglia essere considerata in rapporto colle varie facoltà. È verissimo quanto dice, che cioè dall'insegnamento medico-chirurgico che è in massima parte dimostrativo, trarranno maggior profitto le scolaresche poco numerose, perchè potranno veder meglio, osservare e esercitarsi praticamente di più. Verissimo è anche che nelle università non si deve cercare più del necessario, nè eccedere nel lusso del materiale; basterà, e questo è per me il tutto, che ciascuna università, sebbene piccola, offra ai giovani studenti l'arte salutare tutti quei mezzi che oggigiorno la scienza richiede, che non son tanto pochi, ma pure necessari e opportuni per bene apprendere. È certo che la questione universitaria è grave e complicata; è una di quelle in cui interessi diversi s'intrecciano, e talora si cozzano, e ammettendo che siano solamente due gli economici e gli scientifici, ne avremo assai per sudare molto a metterli d'accordo. Quanto al numero è certo che conviene essere cauti così nel crescerle come, nel diminuirle; nel crescerle per ragioni economiche; nel diminuirle perchè tutte quelle esistenti hanno ormai una storia abbastanza gloriosa, e alcune anche redditi che diminuiscono l'onere governativo, perchè è anche un bene che le scolaresche sieno un po' frazionate, e divise. Dunque lasciamole come sono in numero. A mio avviso però sarebbe opportuno di fare uno studio accurato di tutte le

università, vedere quali mezzi offrono di studio, se alcune si prestassero a dare maggior sviluppo a una piuttosto che a un' altra facoltà, ovvero a farvi alcuni anni di studii per poi compierli in altra. Infine mi pare che lasciando stare il numero, la mente di chi sa e di chi può avere influenza ed autorità debba piuttosto rivolgersi a ciò che riguarda il buono ordinamento degli studii universitarii in genere per poi mettere in accordo gli studii inferiori con questi, e venire a un riordinamento generale dell' Istruzione inferiore e superiore. E con questo intendo di esprimere un desiderio e non di fare una critica al breve scritto del Prof. Pacini, il quale, so troppo bene non essere diretto che a combattere la proposta del Prof. Senator Magni tendente a fare sparire molte delle attuali università.

E per quest'anno o signori permettete che io vi lasci, abbastanza lieto se in poche parole mi sarà riuscito di darvi conto di quanto venne a voi inviato in dono nell'anno decorso; che se qualche memoria rimase da parte, apparirà però nell'elenco dietro al presente rapporto.

Dott. R. Zannetti.

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI

RICEVUTE IN DONO DALLA SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1878.

Accademia medico-chirurgica di Napoli. Resoconti delle adunanze e lavori. Anno 1878.

Agnolesi Pompilio. Alla memoria di Ranieri Bellini di Pisa. Firenze 1878.

Anagnostakis Prof. Andrea. Encore deux mots sur l'extraction de la cataracte chez les anciens. Athènes 1878.

— Studio sopra la vista dei vecchi (in lingua greca). Atene 1878.

Atti dell'accademia medica di Roma, compilati dal Segretario Dott. Cesare Brunelli. Roma 1378.

Axel Dott. Sigfrid Ulrich. XXI Jahres-Bericht des Schwedischen heilgymnastichen institutes in Bremen. Bremen 1878.

Barduzzi Dott. Domenico. Sulla identità o non identità della difterite con la scarlattina. Firenze 1878.

— Sull'jodioforme nella terapia delle malattie veneree. Pisa 1878.

— Resoconto dell'ottavo congresso dell'associazione medica italiana, tenuto in Pisa dal 22 al 28 settembre 1878. Pisa 1878.

Bartolozzi Dott. David. Guida popolare per soccorrere coloro che si trovano in stato di morte apparente. Genova 1878.

Borgiotti Dott. Amerigo. La questione della statistica medica al congresso di Pisa. Pisa 1878.

— Corso autunnale di ginnastica in Firenze. Discorso di chiusura delle conferenze. Firenze 1878.

Bos Docteur Alphonse. Premier secours aux blessés, conférence faicte à l'Institut de Sauvetages de la Méditerranée. Marseille 1878.

Castiglioni Dott. Pietro. Sull'ordinamento della sanità del regno. Lettera a S. E. il ministro dell'interno. Roma 1878.

Ceccherelli Dott. Andrea. Sopra una litotripsia e sul metodo misto nella cura delle pietre vescicali; memoria del Dott. Gio. Carlo Tempesti. Sperimentale 1878.

— Sul metodo misto nella cura delle pietre vescicali. Lettera al Dott. Giovan Carlo Tempesti. Firenze 1878.

— Sulla critica del Dott. Pellizzari al mio uretrotomo e sopra un nuovo divulsore uretrale. Nota del Dott. Giuseppe Ruggi. 1878.

CECCHERELLI Dott. ANDREA. Intorno agli incurvamenti delle ossa per rachitide e loro trattamento. Firenze 1878.

— Sullo stesso soggetto. Lettera al Cav. Dott. Paolo Cresci-Carbonai. Firenze 1878.

— La trapanazione del cranio; commenti. Firenze 1878.

— Intorno alla genesi del carcinoma dell'osso. Vienna 1874.

— Le ambulanze all'esposizione universale di Vienna del 1873. Vienna 1873.

— Ricerche sull'encefalite traumatica. Vienna 1874.

— L'enteroclismo in un caso di occlusione intestinale. Firenze 1878.

CORSO Dott. FRANCESCO. Influenza della nicotina sopra l'organismo animale. Firenze 1877.

— Il pancreas degli animali smilzati digerisce? Firenze 1878.

CRESCI-CARBONAI Dott. PAOLO. Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica. Padova 1877.

ECCHER Dott. A. Sulla teoria fisica dell'elettrotono nei nervi. Firenze 1877.

FIALLA Dott. LOUIS. Guérison de six aveugles-nés. Bucarest 1878.

GRAZZI Dott. VITTORIO. La medicina e la chirurgia alla esposizione universale del 1873: corrispondenze pubblicate sull'Imparziale. Firenze 1878.

Journal d'Hygiène. Paris 1877-78.

LIBERALI Cav. Dott. P. L. Relazione abbreviata statistico-sanitaria, per il periodo 1869-76, del comune di Treviso. Treviso 1877.

MANAYRA Cav. Dott. P. E. Cenno biografico della memoria del Prof. Rizzoli sull'asportazione di estesa porzione di retto intestino, ec. Roma 1878.

MARCACCI Dott. GIORGIO. Sulle dermatosi da lesioni nervose. Milano 1878.

MARCACCI Prof. GIOSUÈ. Conferenze cliniche sopra una ciste ovarica e susseguente ovariotomia e morte per paralisi intestinale, raccolte dallo studente Adolfo Barli. Sperimentale 1878.

Manifesto di associazione agli scritti scientifici fino ad ora inediti del naturalista Giacinto Cestoni. Firenze 1878.

NARDO Dott. GIOVAN DOMENICO (1). Norme colle quali devono essere ordinate le statistiche relative all'ordinamento economico amministrativo ed allo esercizio della beneficenza negli istituti degli esposti. Venezia 1864.

— Convenienza di vaccinare i bambini esposti alla campagna dopo alcuni mesi di vita, ec. Venezia 1868.

— Sulla convenienza igienica e morale di non valersi degli istituti degli esposti per dare allattamento a figli legittimi di miserabili. Venezia 1865.

— Riflessioni generali sulla proposta di sopprimere le ruote. Venezia 1864.

— Sulle massime relative alla tutela dei trovatelli. Venezia 1875.

— Annotazioni sulle malattie erroneamente credute verminose, sui falsi vermi, e sul modo di conoscerli. Venezia 1842.

— Riflessioni medico-pratiche sulla segale cornuta. Venezia 1842.

— Nuove norme per l'esercizio dell'arte ostetrica. Venezia 1867.

(1) Questi scritti furono inviati dalla Sig.ª Angiola Nardo insieme coi ritratti del padre Giovan Domenico e dello zio Dottor Luigi.

NARDO Dott. GIOVAN DOMENICO. Prospetto analitico rischiarante l'etiologia e la diagnostica dei mali nervosi specialmente esterni e ipocondriaci. Venezia 1842.

— Annotazioni medico-pratiche sull'utilità dell'acido ossalico nelle infiammazioni della bocca, delle fauci, ec. Venezia 1841.

— Quali sieno i fatti principali che condurrebbero a supporre essere una mucedinea venefica la causa efficente del colera asiatico. Venezia 1865.

— Sopra il potere di alcuni olii essenziali, di togliere il rancido ad alcuni olii grassi, e sopra la presenza della solanina sulla corteccia dei tuberi delle patate. Venezia 1856.

— Nota sulle ombre colorate ottenute col solo concorso di luci bianche. Venezia 1865.

NARDO Dott. LUIGI. Come si provveda a migliorare lo spedale civile di Venezia. Venezia 1863.

Onoranze a Alessandro Volta. (Inviato dal Prof. Alfonso Corradi). Pavia 1878.

OROSI (L'). Bullettino di chimica, farmacia e scienze affini, pubblicato per cura dell'Accademia chimico-farmaceutica fiorentina, Anno 1878.

PACINI Prof. FILIPPO. Risposta al chiarissimo Sig. Dott. Raffaello Zannetti, segretario delle corrispondenze della società medico-fisica. Firenze 1878.

— Sulla questione universitaria; avvertenze. Firenze 1878.

PELLIZZARI Dott. CELSO. Il Tayuya come antisifilitico. Firenze 1878.

PERUZZI Dott. DOMENICO. Storia di due ovariotomie. Forlì 1878.

— La prima centuria d'ovariotomie in Italia. Forlì 1878.

— Sulla quadrilustre pratica in ovariotomia del Dott. T. Spencer Wells. Forlì 1878.

PICCININI Prof. RAFFAELLO. Storia di una pietra saccata estratta mediante la cistotomia perineale. Firenze 1878.

RIZZOLI Prof. FRANCESCO. Apprezzamento della Gastrotomia, nota. Bologna 1878.

ROMEI Farmacista GIUSEPPE. Intorno un nuovo metodo per riconoscere l'acido salicilico aggiunto fraudolentemente al solfato di chinina, e modo di determinarne la quantità. Firenze 1878.

ROMITI Prof. GUGLIELMO. La scienza e l'insegnamento: prelezione di anatomia umana. Firenze 1878.

— Il concetto della vita; discorso inaugurale per la riapertura degli studi nella R. Università di Siena. Siena 1878.

ROSTER Dott. GIORGIO. Notizie sull'uso delle acque di fogna nell'interesse dell'agricoltura. Roma 1876.

Società medico-chirurgica di Ferrara. Resoconti di adunanze. 1878.

STUDIATI Prof. CESARE. Sul carattere fisiologico del tessuto adiposo e sulle sue relazioni coll'intiero organismo. Pisa 1878.

TEMPESTI Dott. GIO. CARLO. Memorie sopra una litotrizia e sul metodo misto nella cura delle pietre vessicali. Livorno 1878.

TOMMASI Dott. TOMMASO. Studi accademici e necrologio. Firenze 1878.

— Poche parole sul modo di preparare il Koumis. Firenze 1878.

— I metodi volumetrici dell'Yvon e del Regnard a confronto del metodo delle pesate per la valutazione dell'urea. Firenze 1878.

Università di Pavia. Soscrizione a un monumento che ricordi il Senatore Porta. Luglio 1878.

VERSARI Prof. CAMMILLO. La medicina elettiva di nuovo considerata. Forlì 1878.

— Scorsa seconda sull'Antropoautopiria. Forlì 1877.

— Obiezioni all'ultima teoria sulla causa del sonno. Bologna 1878.

VITANTONIO Dott. GIAMPIETRO. Meningite cerebro-spinale epidemica. Napoli 1875.

— Intorno un'epidemia di febbri intermittenti. 1872.

— Il salasso nella febbre. Milano 1872.

— Sul diabete mellito.

— Cangrena pulmonale.

— Ancora una parola sulla difterite.

— Risposta ad una nota critica del Dott. Domenico Franco sulla memoria la febbre reumatica ed il tifismo moderno.

— Diarrea cronica dei fanciulli e sua cura.

— Sulla contagiosità della tisi. Genova 1877.

— Osservazioni cliniche. Genova 1874.

— L'isterismo. (Dalla nuova Liguria medica).

— L'ileo-tifo. Napoli 1875.

— Alcune osservazioni pratiche intorno alla zona, la porpora emorragica ec. Genova 1878.

— Poche osservazioni sulla pneumonite miasmatica palustre. (1875, Sperimentale).

— Caso di polidipsia e poliuria per anemia guarito col ferro. Bologna 1873.

— La febbre reumatica e il tifismo moderno. Napoli 1877.

— Opuscoli estratti dal giornale delle scienze mediche il Filiatre Sebezio, cioè: *Lettera al Prof. Polli di Milano — Breve relazione sul colera — Sulla febbre periodica complicata.* Napoli 1878.

— Nota sul tifo petecchiale. Napoli 1868.

— Intorno a taluni morbi acuti febbrili di forma periodica e loro trattamento.

— L'erpetre e lo sciroppo antierpetrico con arseniato di ferro del chimico Signor Antonio Cirielli. Napoli 1875.

WASSEIGE Doct. AD. De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Bruxelles 1878.

— Deuxième observation d'opération cesarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Bruxelles 1878.

— Du crochet mousse articulé. Liege 1876.

ZANNETTI Prof. FERDINANDO. La trapanazione del cranio nell'uomo riconfermata nella pratica dell'alta chirurgia operatoria. Prato 1878.

ZANNETTI Dott. RAFFAELLO. Rapporto sulle opere inviate in dono alla Società nell'anno 1877. Firenze 1878.

ZIINO P.r GIUSEPPE. L'enciclopedia delle scienze mediche, discorso. Messina 1878.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. ZANNETTI.

INDICE

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA

COMPILATI DAL SEGRETARIO

Dott. TOMMASO TOMMASI

Anno Accademico 1879-80

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA

1880

ATTI ACCADEMICI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

ADUNANZA PUBBLICA SOLENNE

DEL DÌ 26 GENNAIO 1879.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice Presidente.*

Sono presenti il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, ed i Soci conservatori Dottori Dainelli, Zannetti Raffaello, Tommasi, Filippi, Marcacci, Grilli, Faralli, Grassi, Romei, Ceccherelli, Tafani, Stacchini ed il Vice Segretario degli Atti.

Il Segretario degli Atti, Dott. Tommaso Tommasi, legge il riassunto dei lavori accademici ed il necrologio del Socio defunto Dott. Calosi.

Il Segretario delle Corrispondenze, Dott. Raffaello Zannetti, legge il rapporto delle opere inviate in dono alla Società, e un cenno necrologico del Dott. Pietro Castiglioni, Socio corrispondente.

Dopo queste letture, l'Adunanza Solenne è sciolta alle ore 2 pom.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il V. Segretario
Dott. C. Pellizzari.

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA ORDINARIA

DEL DÌ 9 FEBBRAIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti: il Socio onorario Prof. Zannetti, ed i Soci conservatori Dott. Brigidi Vice Presidente, Romei, Zannetti Raffaello, Tommasi, Faralli, Marcacci, Grilli, Turchini, Ceccherelli, Grassi, Billi, e il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell' ultima Adunanza, il Dott. Brigidi legge una sua memoria intolata: — *Delle alterazioni della midolla nel tetano.* — Egli incomincia ricordando essere stata opinione divisa fra valenti medici e chirurghi al principio del nostro secolo che l' infiammazione delle meningi e della midolla fosse la causa prossima del tetano. Qnesta stessa opinione venne dipoi avvalorata dalle ricerche istologiche del Rokytansky, del Demme, di Wunderlich, del Concato, dell' Ercolani ecc., e più recentemente dalle altre di Clarcke, Micaud e di Elischer.

Riferisce sommariamente le alterazioni dagli accennati autori rinvenute nella midolla, e passa quindi a confutare quelle dei tre ultimi, mostrando le stesse alterazioni da essi descritte, in diversi preparati di midolla appartenente ad individui morti per tutt' altra malattia. Dopo di ciò espone il resultato delle proprie osservazioni in due casi di tetano, uno reumatico e l'altro traumatico; presentando non poche sezioni di midolla spinale ad essi

relative, le quali al microscopio non lasciano vedere altre particolarità degne di nota ad eccezione della iperemia.

A questo punto il Dott. Brigidi ricorda le varie opinioni emesse intorno al valore patologico di un tale elemento morboso e d'accordo col Vulpian lo ritiene secondario alla irritazione della midolla per la quale si ha lo sviluppo del tetano.

Le osservazioni del Dott. Brigidi non si limitano soltanto a quelle ricordate, ma si estendono altresì ad altre relative al tetano stricnico. Egli ricorda come dai moderni fisiologi fosse posto fuori di dubbio che nell'avvelenamento per la stricnina si ha aumento di tensione nelle grandi arterie, per la contrazione della tunica muscolare specialmente dei piccoli vasi; ed in conseguenza di ciò si poneva il quesito, se nel tetano stricnico si avesse l'anemia anzichè la congestione. A risolvere questo quesito egli, istigato anche dal suo ottimo amico Dott. Filippi, fece moltissime ricerche sul midollo spinale allungato di quattro conigli, in due dei quali era stato provocato l'avvelenamento stricnico acuto, e negli altri due l'avvelenamento stricnico acutissimo. I risultati di tali ricerche, dice il Brigidi, posero fuori di dubbio che non può stabilirsi alcuna differenziale fra quest' ultima specie di tetano e quello traumatico.

Finalmente il Dott. Brigidi per offrire materia a discussione espone il proprio parere intorno alla patogenesi del tetano. Ricorda che le teorie le quali con varia alternativa hanno avuto trionfo nella scienza sono la *umorale* e la *dinamica*. Egli crede che ciascuna di esse sia insufficiente alla spiegazione dei singoli fatti che si avverano nella pratica e perciò ritiene che ambedue le teorie siano vere entro certi limiti. A sostegno della sua tesi riunisce in cinque gruppi i fatti clinici relativi al tetano e fa vedere come mentre alcuni di essi si spiegano assai bene con la dottrina dinamica, quali a mo' di esempio quei casi

in cui si è avuta la guarigione per la nevrotomia, altri invece, come sarebbero alcuni esempi di tetano reumatico ed il tetano stricnico, si spiegano meglio ammettendo una alterazione primaria del liquido sanguigno.

Terminata la comunicazione del Dott. Brigidi, il Socio Dott. Romei presenta alla Società, a nome del Chimico Nestore Prota-Giurleo Direttore della farmacia della Luce in Napoli, una *relazione sul ferro dializzato Bravais* e accenna come da tale relazione si venga a conoscere che per le analisi chimiche tale preparato non consti di solo sesquiossido di ferro, ma di un composto di tale preparato e di un albuminato di ferro. Egli dice inoltre di aver ripetute le analisi e di aver trovato giusto l'appunto del Prota-Giurleo.

Presenta quindi un altro preparato dello stesso chimico che corrisponde perfettamente al ferro dializzato Bravais e che è messo in commercio a molto miglior mercato. Il Socio Dott. Romei offre alla Società, a nome del Sig. Prota-Giurleo, la relazione scritta e il campione del nuovo preparato nel caso che la Società stessa volesse fare ripetere gli esami.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Dottor Brigidi, prende la parola il Prof. Zannetti il quale fa osservare che stando a certi trattati di chirurgia militare vi sarebbero alcuni fatti per provare come il tetano possa svilupparsi per cagioni puramente reumatiche: dice che dei militari i quali erano andati esposti a varie altre cause presuntive di tetano, come impressioni morali, non furono colti da tale malattia che dopo un repentino cambiamento di stagione.

Il Dott. Brigidi accetta che la sola causa reumatica possa essere sufficiente in certi casi a determinare il tetano, ma appunto nei militari in tempo di guerra sogliono essere molteplici le cagioni capaci di indurre tale stato morboso.

Chiusa la discussione sulla memoria del Dott. Brigidi e nessuno prendendo la parola sulla comunicazione fatta dal Socio Dott. Romei, la seduta pubblica è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il V. Segretario
Dott. C. Pellizzari.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 16 MARZO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Soci presenti: Pellizzari Celso, Ceccherelli, Agnolesi, Grilli, Marcacci, Corso, Dainelli, Romei, Brigidi, Grossi, Stecchini, Bertini, Zannetti Raffaello, e il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti.

Ha la parola il Prof. Pompilio Agnolesi, che comunica verbalmente alla Società alcune sue ricerche sulle sofisticazioni e impurità dell'amido, del collodione e del magistero di solfo. — Nel primo dei suddetti casi avrebbe riscontrato il *borace*, la *soda*, gli *ipocloriti*, il *solfato di calcio*, l'*acido solforico libero*, l'*ossalico*, e lo *stearico*. — Nel secondo, specialmente l'*acido solforico*, che riguarderebbe più come impurità, che come sofisticazione. — Finalmente avrebbe trovato nel magistero di zolfo, fino al 40 e 50 su 100 di solfato di calce, anch'esso dipendente dal modo di fabbricazione, ma forse anco da un'adulterazione.

Successivamente ha la parola il Dott. Guido Banti il quale parla delle pneumoniti che dominarono in Firenze durante l'inverno e la primavera del 1877-78. Ne ricorda innanzi tutto i principali caratteri clinici, che furono: diffusione epidemica, prevalenza dei fenomeni generali sui

locali, tendenza all'adinamia e ad assumere quel particolare stato detto *tifoso*, con esito spesso *letale*. — Passa poi ad esaminare le alterazioni anatomiche macroscopiche e microscopiche e queste alterazioni egli le divide in tre periodi: il primo caratterizzato da abbondante trasudazione sanguigna intra ed extralveolare; il secondo dalla proliferazione dell'epitelio degli alveoli, e dell'endotelio interposto tra i fasci costituenti le tramezze interalveolari; il terzo dalle metamorfosi regressive subite dall' essudato prodottosi.

Mostra quindi come anatomicamente e clinicamente questa forma di polmonite differisca da tutte le altre infiammazioni degli organi respiratori e costituisca perciò un gruppo speciale.

Cercando allora di spiegare la più probabile etiologia riassume le opinioni moderne sulle cause delle polmoniti e si sente inclinato ad adottare quella di coloro che ammettono due forme di pneumoniti, una delle quali sarebbe malattia locale, l'altra generale. A questo gruppo di pneumoniti infeziose apparterrebbero quelle che dominarono in Firenze e nei vicini paesi nell'anno 1877-78. A convalidare tale opinione dimostra come nessuna delle cause note valga a spiegare i tre caratteri fondamentali del morbo cioè: diffusione epidemica, andamento clinico speciale, speciali lesioni anatomiche. Dimostra anche come quelle pneumoniti avessero tutti i caratteri delle malattie infettive. La natura però del miasma specifico dice di non potere precisarla e non vuole perciò abbandonarsi ad inutili ipotesi.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 30 MARZO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente*.

Soci presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti e i Soci ordinari, Prof. Paoli, Dott. Corso, Zannetti Raffaello, Bertini, Bosi, Marcacci, Tommasi, Filippi, Ceccherelli, Turchini, Grassi, Stacchini, Grilli, Faralli, Prof. Paganucci e il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale ha la parola il Socio Prof. Cesare Paoli il quale legge una memoria *sull'occhio considerato come istrumento necessario per lo sviluppo dell' intelligenza*. Incomincia col riportare la storia di un cieco *a nativitate* che venuto nella Clinica Oftalmojatrica di questa Scuola or sono tre anni, venne da lui operato per una cateratta doppia completa. Previe alcune considerazioni per le quali viene a concludere che egli non può ritenere come ammissibile la dottrina delle cognizioni innate; entra a parlare delle particolarità che questo caso offrì avanti e dopo l'operazione. Su queste specialmente si ferma che furono moltissime e moltiplicate ad arte per conferma della sua tesi.

Descritto così minutamente il caso ne trae le conclusioni seguenti:

Che il cieco *a nativitate* acquistando la vista bisogna che provveda non tanto allo sviluppo delle nuove sensazioni che prova quanto alla intuizione.

Che avanti di vedere bisogna che impari a vedere.

Che i primi effetti che si notano dopo aver acquistata la vista non sono slanci di gioja, espansioni frenetiche ec. ma timore, dubbio, quasi spavento di trovarsi in mezzo a

cose non conosciute e che solo dopo l'intelligenza educata fa conoscere l'errore.

Passato quindi a delle considerazioni sulle azioni del cervello e dell'organo visivo e messa in relazione la vita intellettuale con la funzionalità dei sensi viene a concludere: che i sensi sono quelli che ci portano ad avere le idee essenziali per lo sviluppo della mente e che l'occhio di preferenza ne è lo istrumento indispensabile.

Terminata la lettura del Prof. Paoli ha la parola il Dott. Corso il quale espone la critica sullo studio fisiologico intorno alle cause del parto del Sig. Dott. Maggia.

Il Dott. Corso nota per prima cosa come secondo la sua opinione il Dott. Maggia abbia trattato con troppa leggierezza le spiegazioni date da tanti autorevolissimi osservatori del meccanismo del parto. Onde crede che egli non sia uscito a combattere con efficacia quelle varie spiegazioni.

Entra quindi ad esaminare la nuova teoria emessa dal Dott. Maggia che sia cioè il calore la causa efficiente del parto: e trova che questa teoria oltre ad avere molto debole il fondamento teoretico manca nelle ricerche del Dott. Maggia anche di una seria base di osservazioni. Egli trova che il Dott. Maggia ha precipitato nelle sue conclusioni e che non si è nemmeno barricato contro gli attacchi che gli potevano venire con delle osservazioni, molto complete, molto esatte e molte volte ripetute come l'esigeva l'importanza dell'argomento che aveva in mente di provare.

Dice di avere incominciato degli esperimenti in questa via e accenna qualche primo tentativo fatto, ma crede di doversi riserbare a più tardi di dare la sua opinione circa alla causa più possibile del parto.

Aperta la discussione sulla lettura fatta dal Prof. Paoli e nessuno prendendo la parola si passa alla discussione dell'esposizione verbale del Dott. Corso.

Il Socio Dott. Filippi dice poche parole sulla convenienza o meno di discutere tale comunicazione e crede che si debba poter rimettere la discussione ad altra adunanza quando il Socio Dott. Corso avrà formulata la sua opinione in proposito.

Dopo una breve discussione alla quale prendono parte il Dott. Corso, Prof. Paoli, Dott. Grilli e Dott. Grassi, il Presidente crède di dover mettere ai voti la proposta del Dott. Filippi di rimandare ad altra adunanza la discussione di quel che ha comunicato il Dott. Corso, molto più che da questi è stato dichiarato che gli studi in proposito non erano ancora finiti.

La chiusura della discussione è approvata non essendo contrari che due soli votanti e l'adunanza è sciolta.

V° *Il V. Presidente*
Dott. V. Brigidi.

Il V. Segretario
Dott. C. Pellizzari.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

del dì 27 Aprile 1879.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice Presidente.*

Sono presenti: il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, ed i Soci ordinari Prof. Burresi, Prof. Paoli, Dottori Zannetti Raffaello, Filippi, Celoni, Tafani, Dainelli, Faralli, Turchini, Grassi, Grilli, Ceccherelli, Stacchini ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale dell'Adunanza del 30 marzo, ha la parola il Prof. Pietro Burresi, il quale legge una memoria sull'*Enfisema polmonare e vizio cardiaco curati con l'Aeroterapia.*

Dopo aver accennata all' importanza che va prendendo l' aereoterapia ed anco notata la mancanza di stabilimenti pneumatici in Italia che cominciano soltanto ora a comparire, parla degli inconvenienti delle camere pneumatiche e delle ragioni che ne impediscono una applicazione più generale, e che hanno condotto all' uso dei varii apparecchi portatili.

In poche parole parla dell' apparecchio di Waldenburg e della sua maniera di agire e dello spirometro come istrumento di misurazione della capacità respiratoria.

Dà quindi un cenno degli effetti fisiologici e terapeutici dell' aria compressa, che dice doversi considerare non solo riguardo alla quantità inspirata, ma anche alla sua pressione e passa anche in rivista gli effetti della *espirazione nell' aria rarefatta*, che dà come effetto ultimo un *aumento della capacità e una maggiore ventilazione polmonare e un più attivo ricambio gassoso respiratorio.*

Esamina quindi l' azione della aereoterapia nella circolazione e viene alle conclusioni seguenti: per la inspirazione d' aria moderatamente condensata e successiva espirazione nell' atmosfera comune ha luogo da prima *una diminuzione della quantità del sangue nelle vene della piccola circolazione e nel sistema venoso generale, quindi un aumento della quantità di sangue nelle arterie della piccola circolazione e nel sistema aortico, e così una maggiore attività circolatoria generale:* e per la espirazione nell' aria rarefatta e successiva inspirazione dell' aria atmosferica, si ha *accrescimento da prima della quantità di sangue nel sistema arterioso della grande e della piccola circolazione e diminuzione dipoi della quantità del sangue nel sistema venoso della piccola e grande circolazione, nel complesso una maggiore attività circolatoria generale.*

Dopo brevi considerazioni a sostegno della sua tesi riporta due casi di individui curati nella Clinica di Firenze. Il primo caso concerne un uomo di 49 anni ammesso nella

Clinica il 2 maggio 1878, e nel quale diagnosticato l'enfisema polmonare con lieve ipertrofia del cuore destro, catarro bronchiale e ateromasia arteriosa, si ricorse alla aereoterapia facendo pure all'ammalato due o tre inspirazioni d'un gazometro d'aria condensata ogni giorno, seguite subito dalle espirazioni nell'aria rarefatta: ricorrendo anche al medesimo compenso ogni volta che egli sentivasi minacciato dall'accesso ortopnoico.

Gli effetti utili che se ne ebbero furono moltissimi, però l'autore dovè convincersi che mentre la funzionalità polmonare era aumentata, l'enfisema non erasi dileguato, ed a questo proposito egli dice che contrariamente a quel che hanno osservato Waldenburg, Sommerbradt e Schnitgler, non gli è mai riuscito con l'aereoterapia di ottenere la guarigione in nessuno dei molti casi di enfisema da lui curati. E conclude dicendo che l'aereoterapia è un mezzo di cura indiretta in primo luogo sintomatica per prevenire, o mitigare, o arrestare gli accessi ortopnoici, in secondo luogo capace di accrescere e migliorare la vitalità e funzionalità polmonare e quindi è forse il miglior soccorso terapeutico dell'enfisema.

Il secondo caso riguarda una donna di 29 anni, ammessa nella Clinica il 14 novembre 1878, e nella quale si diagnosticò un doppio vizio mitrale e aortico con ipertrofia eccentrica prevalente sul ventricolo sinistro e ipostasi polmonare bilaterale, e si prescrisse per sola cura la pneumoterapia.

Gli effetti di questa cura furono miracolosi tanto che la malata lasciava l'8 dicembre la Clinica in apparente salute. E a questo proposito il prof. Burresi chiude la sua comunicazione notando: il sollievo immediato che la malata ritrasse fino dalle prime sedute, onde tal mezzo dovrebbe raccomandarsi anche come semplice palliativo contro l'abituale ambascia dei cardiaci; la sollecitudine col quale si potè riordinare il gravissimo squilibrio di circolo, fatto che

fu notato in moltissimi altri cardiaci, talchè da non breve tempo ricorre, insieme ad altri compensi terapeutici, alla pneumoterapia nella cura di tali malattie.

Terminata la lettura del Prof. Burresi, il Vice-Segretario comunica alla Società uno scritto del Dott. Welponer di Trieste, assistente alla Clinica Ostetrica e Ginecologica del Prof. Carlo Braun di Vienna, sulla ovaro-isterotermia come complemento di taglio cesareo. L'autore comincia dal fare la storia di questo metodo riportandone tutto il merito al Prof. Porro di Pavia. Accenna ai grandi vantaggi che questo metodo ha su quello del taglio cesareo semplice. Riporta quindi tre istorie relative a donne che vennero operate con tal metodo nella Clinica del Braun, due con esito favorevole ed una sfavorevole. Accenna come in questo ultimo caso le condizioni della donna erano tali da prevedere l'esito infausto, e nota l'importanza che questi due successi hanno per la scuola di Vienna, essendo i primi che si sono ottenuti col taglio cesareo. Nel riferire le tre operazioni descrive il metodo operatorio impiegato e le cautele dalle quali si circondò l'operatore per ottenere un esito favorevole. Il lavoro si chiude con una statistica dei casi fin qui pubblicati di tale operazione, dalla quale risulta che si sarebbe ottenuto il 50 % di guargioni.

Nessuno prendendo la parola sopra le diverse comunicazioni, la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 18 MAGGIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti il Socio Onorario Prof. Ferdinando Zannetti, il V. Presidente Dott. Brigidi, ed i Soci conservatori Prof. Paganucci, Dottori Zannetti Raffaello, Pegna, Tafani, Marcacci, Faralli, Bosi, Celoni, Ceccherelli, Turchini ed il Vice Segretario degli Atti.

Il socio Dott. Enrico Pegna fa una lettura *sulla presenza dell'arsenico nei prodotti di combustione di alcune candele.* Dopo aver posta brevemente la storia delle difficoltà incontrate dagli industriali per preparare il cotone destinato alle candele che non sono costituite di pura cera, richiáma l'attenzione dei Soci sul fatto che alcuni fabbricanti di cera per preparare le candele di cera mista a paraffina, a stearina od a cerogene, fanno uso di un liquido chiamato *arsenico liquido per le arti* che l'Autore ha analizzato e ritrovata essere una soluzione d'arseniato alcalino.

Nei lucignoli cosi preparati si può riconoscere la presenza del composto arsenicale separandoli dalla sostanza grassa e quindi immergendoli in una soluzione di nitrato d'argento.

L'Autore ha ricercato se l'arsenico in tali casi viene riversato nell'atmosfera ed avendo ritrovato che anche variando le condizioni nelle quali brucia una candela si hanno, se il lucignolo è arsenicato, dei prodotti di combustione pure arsenicali, propone che il nuovo sistema di immergere i lucignoli nell'arsenico liquido, sia considerato come un sistema contrario alle regole dell'igiene tanto più

che nessuna necessità lo impone, potendosi ottenere delle candele di cera mista, perfette sotto ogni rapporto, senza bisogno di fare uso di lucignoli arsenicali.

Terminata la lettura del Dott. Pegna ha la parola il Socio Dott. Tafani il quale fa una comunicazione *sulle terminazioni nervose nella pelle umana.* Il Dott. Tafani dopo aver ricordato le opinioni più recenti e più accreditate relativamente alle terminazioni nervose nella pelle umana passa ad esporre i resultati da esso ottenuti in proposito. Avverte prima di tutto che egli si è di preferenza servito dell'acido osmico oppure di cloruro d'oro puro e leggermente acido. Egli distinguendo le terminazioni nervose in intra-dermiche ed in epidermiche si ferma a parlare quasi esclusivamente delle prime. Egli sostiene con Langerhaus che la fibra che penetra in un corpuscolo di tatto non vi perde la mielina appena lo ha raggiunto, ma soltanto dopo aver compiuto un tragitto a spirale. Dice inoltre che anche quando la fibra nervosa ha perso la mielina essa la riacquista più qua e più là fino anche nelle sue ultime terminazioni. Questo fatto è desunto dal modo speciale con cui rispondono all'azione dell'acido osmico le terminazioni nervose dei corpuscoli Meisneriani. La fibra nervosa nell'atto in cui perde la guaina midollata, come rivestimento continuo, si divide in più filamenti i quali terminano poi in altrettanti corpuscoli ora sferici ora di aspetto piriforme ed ora foggiati a bastoncelli. Egli ha potuto anche notare che esistono anastomosi fra le une e le altre di tali terminazioni, come presso a poco nelle placche motrici.

Relativamente poi a quanto ultimamente ha descritto Renault col nome di dischi tattili egli dice non potersi trovare concorde con esso, giacchè non ha potuto mai vedere organi foggiati a disco in alcuno dei suoi preparati. Egli ha veduto solamente alcuni elementi terminali piriformi situati obliquamente o trasversalmente nei cor-

puscoli tattili. Riguardo poi al modo di comportarsi delle guaine della fibra nervosa egli ammette che le medesime l'accompagnino almeno per un gran tratto nei suoi giri spirali e che finalmente assottigliandosi vengano a lasciare libere le ultime terminazioni. Questa disposizione viene desunta in gran parte dalla distribuzione dei nuclei nel corpuscolo di Meisner e dal non ammettere più che la guaina di Henle formi una cassula esterna al corpuscolo stesso.

Finalmente, mentre non può escludere le terminazioni intra-epidermiche descritte da Langerhaus perchè una osservazione positiva non può venire annullata da molte osservazioni negative, egli si meraviglia tuttavia di non aver veduto nei suoi preparati, d'altra parte felicissimi, una sola di siffatte terminazioni.

Il Dott. Tafani presenta alla Società a corredo della sua esposizione alcuni preparati microscopici.

Non avendo luogo la discussione sopra alcuna delle due comunicazioni la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il V. Segretario
Dott. C. Pellizzari.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 25 MAGGIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, il Vice Presidente Dott. Brigidi ed i Soci conservatori Prof. Paganucci, Dottori Campani, Celoni, Tommasi, Bosi, Nesti, Ceccherelli, Faralli, Marcacci, Filippi, Pegna, Turchini, Grilli ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza passata, il Socio Dott. Campani fa *alcune considerazioni sopra una memoria del Dott. Magilot che tratta dell'erosione dei denti*, e comincia dal trovare improprio il modo di chiamare erosi quei denti la cui corona è formata a chiazze, con rilievi e con fori posti in linea o nell'esterno della corona interna con quelle alterazioni che i medici ritengono proprie della rachitide, mentre per erosione si dovrebbe intendere quella alterazione che è conseguenza dell'uso, della vecchiaja, di alcune malattie e di agenti chimici. Intesi così dal punto della terminologia il Dott. Campani si trova d'accordo nell'ammettere che questa anomalia o difetto di formazione è avvenuto durante la vita intrafollicolare e come effetto di sconcerto generale dell'economia.

Passa in rivista il modo ed il tempo in cui avviene il deposito adamantino e come accade che sia disturbata nella sua formazione la zona dello smalto. Quanto alle cause che presiedono a questa anomalia per difetto di formazione l'autore esclude i vizii congeniti come la sifilide e la scrofola ec.

Accenna come il Dott. Magilot attribuisca questa anomalia per difetto di formazione alla eclampsia, perchè dice che nell' accesso convulsivo resta sospesa la secrezione adamantina e che da questa sospensione nasce una specie d'interruzione non andando di pari passo la secrezione adamantina o smalto con quella dell'avorio o dentina.

Il Campani nega che ciò avvenga solo nei convulsionarii, dopo aver osservato che non tutte le forme convulsive dei bambini sono eclampsia. Egli dice che tutte quelle cause che disturbano i processi assimilativi nei bambini, danno ai denti della seconda dentizione o permanente l'anomalia in discorso. Parla pure delle qualità del latte e dice d'aver notato tale anomalia nei bambini che avevano avuto molte balie o che avevano preso latte da donna incinta.

Sarebbe soltanto in questo periodo di formazione dello smalto che la imperfetta nutrizione secondo il suo grado e la sua durata darebbe luogo a tale anomalia in più o meno alto grado.

In quei denti infatti che si sviluppano più tardi del periodo d'allattamento, se il bambino è stato messo a carne e cibo nutritivo, l'anomalia manca.

Terminata la lettura del Dott. Campani ha la parola il Dott. Brigidi.

Il Socio Brigidi presenta una serie di preparati istologici della midolla spinale relativi ad un caso di *paralisi infantile* e ad un altro di *tabe dorsale spasmodica.*

Rispetto alla paralisi infantile, dice il Brigidi, essere oggigiorno tutti i medici concordi nel riporre lo stato morboso di questa malattia nella midolla spinale e precisamente nelle corna anteriori, le quali si atrofizzano mentre le cellule gangliari vengono ad essere distrutte. L'unica quistione tutt'ora rimasta insoluta consiste nel sapere se la distruzione delle cellule nervose è primitiva, come vuole Charcot, o secondaria alla iperplasia del connettivo, come pensano i Signori Rouger e Damaschino.

Nel caso che ebbi opportunità di studiare, dice il Brigidi, non si poteva pensare a contribuire per la soluzione di tale questione, essendochè la malattia datava da moltissimi anni.

Nei suoi preparati, oltre all'atrofia delle corna anteriori nella porzione lombare della midolla, si vede il reticolo connettivale della sostanza bianca tutto più o meno notevelmente ingrossato. Questo fatto in relazione al rimpicciolimento della midolla, ritiene il Brigidi, che sia conseguenza della distruzione di un numero rilevante di fibre nervee successive alla scomparsa dei centri trofici delle stesse. Per tale distruzione venendo ad indebolirsi il naturale sostegno ai vasi, questi si rendono iperemici e sovra nutriscono il connettivo.

Nei casi molto antichi di paralisi infantile, ricorda il Brigidi, non essere difficile che il lavorío morboso della sostanza grigia passi alla sostanza midollare o che si abbiano altre complicanze morbose. E nel caso cui si riferiscono i suoi preparati, eravi infatti la sclerosi dei cordoni posteriori nel luogo ove si producono le degenerazioni ascendenti. Ma ciò che rende questo caso affatto eccezionale e meritevole della nostra considerazione consiste nel fatto che *ogni maniera di sensibilità era normale.*

Venendo a parlare della tabe dorsale spasmodica, il Brigidi dice che la sclerosi simmetrica primitiva dei cordoni laterali in questa malattia, fu indotta ma non dimostrata. Anzi Petres nel 1877 riferendo i risultati della necroscopia eseguita sopra una malata che Charcot aveva dichiarata affetta da tabe dorsale spasmodica, aveva ingenerato il dubbio intorno alla essenzialità di quest'affezione. In quella occasione, invece di trovare la sclerosi simmetrica dei cordoni laterali, fu trovata la sclerosi a placche. Soltanto l'anno passato per opera di Stoffella di Vienna venne fatto conoscere un caso di sclerosi primitiva dei cordoni laterali. Ma questa osservazione ha perduto gran parte del suo valore dopo che il Sig. Ricklin fece notare non essere stato esaminato il cervello e trascurato l'esame al microscopio della midolla.

L'anno passato, dice il Brigidi, avendo eseguita l'autopsia di un uomo proveniente dal turno Morelli, morto a quanto dicevasi di tabe dorsale spasmodica, portò la più grande diligenza possibile nell'esame dell'asse cerebro-spinale, e mentre in tutta la lunghezza della midolla potei osservare un colorito grigio in corrispondenza dei cordoni laterali, nell'encefalo non mi fu dato di apprezzare la più piccola alterazione. Esaminati dipoi al microscopio la midolla, il midollo allungato ed il ponte di Varolio, potei verificare che la sclerosi simmetrica dei cordoni laterali era realmente più estesa nella regione lombare che

nel midollo allungato e mancava affatto nel ponte di Varolio. Termina il Brigidi col far voti perchè presto sia data alla luce la storia clinica di questo caso che ei dichiara l'unico concludente al giorno d'oggi a sostegno della affezione primitiva dei cordoni laterali.

V° Il Presidente
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 22 GIUGNO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i Soci Brigidi, Corso, Zannetti Ferdinando, Bosi, Bettini, Del Greco, Ceccherelli, Marcacci, Grassi, Filippi, Pellizzari Pietro, Billi e il Segretario degli Atti.

Ha la parola il Dott. Francesco Corso, che comunica verbalmente alcuni suoi esperimenti sulla pressione sanguigna del cuore e dei grossi vasi.

Ecco il sunto di quanto Egli riferiva:

Qualunque sia il manometro che si adopera per misurare la pressione può avvenire che esso scriva sul cilindro girante una curva la quale ha, supponiamo 49 mm. d'altezza, e che tutto ad un tratto si abbassa a 34 mm.

Questo fenomeno si ha allorchè si fa passare la cannula del manometro, dall'aorta del ventricolo sinistro. Giudicando quindi da queste due curve si dovrebbe concludere che la pressione sanguigna nel cuore è inferiore alla pressione aortica di circa 15 mm.

Questo fenomeno fu osservato la prima volta dal Fik,

e si tentò di spiegare il movimento del sangue nell'aorta coll'urto e la frequenza del cuore.

È certo che il fenomeno non dipende da una reale diminuzione di forza nel cuore, avvenuta per una causa ignota.

Io, per provare ciò, mi servii di due manometri, uno dei quali misurava la pressione d'una delle carotidi e l'altro la pressione dell'altra carotide, dell'aorta e del cuore.

Finchè le due cannule erano nelle carotidi i due manometri segnavano la stessa pressione; appena la cannula aveva oltrepassato le valvole aortiche, in questo manometro la pressione scemava subito, mentre chè si manteteneva alla stessa altezza nell'altro manometro, segno certo che la forza del cuore era cambiata, e che la presenza della cannula fra le valvole aortiche non impediva l'ufficio delle medesime.

La spiegazione del fenomeno si doveva cercare nelle valvole. Pensai che ove si fosse adoperata una cannula munita di valvola, la pressione non sarebbe diminuita, ma anzi aumentata nel manometro del cuore appena che la cannula avesse oltrepassato le valvole aortiche. Lo sperimento confermò la mia previsione.

Se la questione si poteva dire empiricamente risoluta, non era però spiegato il meccanismo del fenomeno. Per intendere il quale è da sapersi che nel manometro del cuore non scema la pressione, ma le oscillazioni della colonna manometrica diventano assai maggiori e ci provano che il lavoro prodotto dal cuore nel tubo senza valvola è maggiore di quello prodotto nella carotide, dove la pressione si mantiene costante, presentando solo oscillazioni piccole.

Per provare ciò vi prego di osservare questa tavola dove sono le curve che rappresentano la pressione nell'aorta e nel cuore.

Si vede che in quest'esperimento la pressione aortica

massima è di 51 mm. di mercurio; la minima di 50; la pressione massima nella carotide sinistra è di 49 mm.; di 48 mm. la minima.

Quando la siringa è passata dall'aorta nel cuore, se l'altezza cui giunge la colonna del mercurio indicasse la pressione, questa alla fine della sistole sarebbe di 32,5 mm. di mercurio, alla fine della diastole di 27,5 mm. E chiaro che, ad ogni sistole, il cuore inalza di cinque millimetri una colonna di mercurio alta 27,5 mm., larga quanto è la sezione del tubo manometrico. Invece nel manometro in comunicazione colla carotide sinistra si ha un'oscillazione alta appena un millimetro. Siccome la differenza tra la pressione carotidea e l'aortica è piccola, possiamo supporre che questa siasi mantenuta tra i 50 e i 51 mm. come era un momento prima che la siringa fosse spinta nel ventricolo sinistro. Si vede che in questo caso, il cuore con ogni sistole inalza di un sol millimetro una colonna di mercurio alta 50 mm. e larga quanto è la sezione del tubo manometrico, il quale ha il calibro dell'altro.

Se si impediscono le grandi oscillazioni manca il fenomeno dell'abbassamento e ciò io ottenni a volontà girando la chiave del rubinetto e limitando il riflusso del sangue nel cuore.

Il Dott. Giorgio Marcacci riferisce la storia relativa ad un raro esempio di fibroma mollusco osservato nella nostra clinica dermatologica in un uomo di 55 anni, certo Donato Vallini di Arezzo.

Questo gran tumore, del quale il Marcacci presenta la riproduzione fotografica, risiede sul lato destro del tronco ed è distinto in tre grandi masse: una anteriore o come egli la chiama *tumore pettorale*, una posteriore o *tumor dorsale*, una *laterale* più piccola che cuopre la spalla.

Esiste inoltre un gran numero di tumoretti giudicati per piccoli fibromi molluschi; su questi è stato praticato l'esame istologico, dal quale è risultato esser essi

costituiti da tessuto connettivò infiltrato di un gran numero di cellule linfoidi. Non si è trovato un liquido particolare e perciò non è qui il caso di invocarlo come cagione della mollezza speciale di questa neoformazione.

Terminata questa lettura, il Dott. Brigidi prende la parola per osservare che se grande è la quantità degli elementi linfoidi in questo tumore egli dubiterebbe trattarsi piuttosto di elefantiasi che di fibroma mollusco. In secondo luogo egli dice che in quanto alla mollezza, ebbe occasione una volta, esaminando uno di questi tumori assai voluminoso, di trovare nel centro un focolajo di rammollimento, e la degenerazione muccosa di molta parte del tumore.

Il Marcacci risponde di conoscere il ravvicinamento che da taluni si fa dell'elefantiasi col fibroma mollusco; però non gli sembra, all'infuori di una grossolana somiglianza per il fatto dell'imponente volume delle due malattie, (mollusco elefantiaco di Chassaignac), che si possa ammettere identità di natura. E ciò sia per il decorso delle due malattie, per le sedi diverse che occupano, per i liquidi differenti da cui sono imbevuti i tessuti in queste due forme morbose, e infine per la forma francamente neoplastica circoscritta dell'una, diffusa e senza confini determinati nell'altra.

Dopo ciò nessuno prendendo la parola si dichiara chiusa la discussione e l'adunanza è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 20 LUGLIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti, il Vice-Presidente Dott. Brigidi, il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti ed i Socii conservatori Prof. Burresi, Paganucci, Ceccherelli, Grassi, Grilli, Banti, Celoni, Zannetti Raffaello, Tommasi, ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale della passata adunanza, ha la parola il Socio conservatore Dott. Grassi, il quale fa una lettura sulla *versione podalica bipolare come complemento del parto forzato.*

Il concetto svolto dal Dott. Grassi è questo: che una volta dichiarata la necessità del parto forzato si diminuiranno i rischi inerenti a tale operazione, ove si riesca a portare un piede del feto alla vagina senza introdurre tutta la mano, ma solo due dita nell'utero. Ad ottenere codesto risultato, niente di meglio della versione podalica bipolare, la cui esecuzione non è così difficile come potrebbe sembrare a tutta prima.

Dopo aver ricordato che spetta al Rizzoli ed all'Esterle il merito d'aver sostituito il parto forzato al taglio cesareo *post mortem* nella donna già morta o moribonda, l'Autore accenna come però vi siano dei casi nei quali, per la eccessiva resistenza del collo uterino, la forzata introduzione della mano non sarebbe altro che un taglio cesareo mascherato, ed è per tali casi che egli suggerisce di valersi del metodo bipolare. Con esso la dilatazione dell'ostio uterino è operata dal corpo fetale e questo, così per la forma come per la direzione degli sforzi, imita molto meglio di

quello che non faccia la nostra mano il meccanismo col quale la natura ottiene una apertura sufficiente al passaggio del feto. E nel caso che occorressero delle incisioni sul collo, queste possono farsi con minor pericolo e più proporzionate al bisogno anche col tronco fetale già impegnato.

L'Autore si occupa poi delle obiezioni che si potrebbero fare alla sua proposta e specialmente di questa: che servendoci del corpo fetale come mezzo dilatante, si aumentano troppo i pericoli già abbastanza serii del rivolgimento riguardo al bambino. Ad un tale appunto il Dott. Grassi risponde che la vita del feto non è meglio tutelata ove, non seguendo la sua proposta, si ricorra nei casi da lui indicati al taglio cesareo *post mortem.* Egli crede che la versione bipolare podalica rendendo possibile il parto forzato in un maggior numero di casi, si avrà questo vantaggio di venire in aiuto alla madre con una operazione più utile per lei e meno umiliante per il medico di quel che non sia la sezione cesarea *post mortem.*

L'Autore fa quindi una succinta relazione di due casi clinici nei quali presentandosi una volta la spalla, un' altra volta il vertice, e urgendo di vuotar l' utero avanti che esistesse spazio sufficiente pel passaggio della mano, gli riuscì di portare il piede del feto in vagina compiendo l'evoluzione col metodo bipolare, anzichè col rivolgimento classico.

In ambedue i casi la madre era moribonda per gravi affezioni dell' apparecchio circolatorio e respiratorio; e però al vuotamento dell' utero, oltre alla indicazione generale, fornita dal pericolo imminente di vita, aveva anche quella speciale attinente alla influenza meccanica che l' utero disteso esercitava sulle già inceppate funzioni cardiache e polmonari.

Il Prof. A. Herzen comunica alcune sue osservazioni tendenti ad indicare la separabilità della sensibilità ter-

mica in due sensibilità distinte: quella per il freddo e quella per il caldo. L'organismo ha una temperatura propria e costante; esso avverte come *freddo* una sottrazione di calorico, e come *caldo* un'addizione di calorico. Dalle osservazioni del Prof. Herzen sembra risultare: che le sensazioni ad esso relative non giungono al cervello per la medesima via, bensì per due vie diverse; accadrebbe per tali sensazioni qualcosa di analogo alla indipendenza della sensibilità tattile da quella dolorosa; le impressioni di freddo subirebbero le vicende del tatto, e quelle del caldo le vicende della sensibilità dolorosa; dimodochè le prime sarebbero trasmesse dalle fibre estesodiche dei cordoni posteriori del midollo, e le ultime dalla rete estesodica cellulare della sostanza grigia.

Ma, lasciando da parte le spiegazioni ipotetiche, ecco i fatti osservati:

1° Un arto « intormentito » per una leggiera ma prolungata compressione del suo principale tronco nervoso, perde dapprima la sensibilità tattile e, quasi contemporaneamente, anche la sensibilità per il freddo, mentre la sensibilità per il caldo, e quella per il dolore, si mantengono a lungo. Applicando alternativamente, e ad insaputa del soggetto, dei corpi caldi e dei corpi freddi sulla pelle dell'arto intormentito, il soggetto sente e riconosce il caldo, mentre non sente e non riconosce il freddo.

2° Sperimenti cronografici mostrano che il soggetto reagisce ad un contatto freddo colla medesima velocità colla quale reagisce ad una impressione tattile semplice, mentre invece ei mette un tempo generalmente doppio e qualche volta triplo per reagire ad un contatto caldo; gli esperimenti furono eseguiti con un distacco di temperatura *eguale*, in più o in meno, da quella temperatura che non produceva sulla pelle esterna nessuna impressione di caldo o di freddo.

La fisiologia, dice il Prof. Herzen, non può andare

più oltre: essa è impedita, da una parte, dalla impossibilità di fare i relativi sperimenti sugli animali, e, dall'altra, dalla impossibilità di fare sull'uomo le relative operazioni. Egli perciò si rivolge alla patologia, e ne invoca l'aiuto; essa sola può sciogliere il quesito, ora che il primo passo è già fatto. Il Dott. Leopardi, pregato dal professor Herzen, avrebbe infatti già osservato un caso che conferma pienamente i fatti suaccennati: una donna affetta da compressione del midollo nella regione della settima vertebra dorsale, aveva perso negli arti inferiori ogni sensibilità tattile e, nel tempo stesso, non avvertiva affatto il contatto di pezzi di ghiaccio sugli arti medesimi, mentre invece aveva conservata la sensibilità dolorosa, ed avvertiva non solo il contatto di corpi caldi, ma ne apprezzava a un dipresso la temperatura più o meno elevata.

Manca affatto qualunque osservazione atta ad indicare se l'*analgesia* sia accompagnata da perdita della sensibilità per il caldo, restando normale la sensibilità pel freddo, come quella per il contatto. Il Prof. Herzen chiude il suo discorso, dicendo che scopo precipuo di questa comunicazione era stato quello di pregare i medici pratici di voler raccogliere delle osservazioni esatte intorno al problema posto, e contribuire così ad affrettarne la soluzione.

Aperta la discussione, il Prof. Zannetti ricorda all'Herzen di aver letto nel Graves un fatto clinico relativo al modo diverso di ricevere le impressioni nervose, secondochè passano dai tronchi nervosi o dalle loro piccole estremità periferiche.

Il Prof. Burresi ricorda un fatto da lui stesso osservato in una donna isterica affetta da emianestesia; dice che la parte anestetica non avvertiva le impressioni tattili, altro che ad una pressione discreta; invece vi era iperestesia dolorosa; e mentre poi non avvertiva il contatto dei corpi diacci, avvertiva come freddi dei corpi caldi.

Il Dott. Brigidi osserva che è sua opinione che le

fibre nervose non servono che da conduttrici delle sensazioni, e che la sensazione stia o nelle estremità o nei centri.

Replica il Prof. Burresi accennando all'importanza che avrebbe il conoscere la sede di una malattia nervosa, quando veramente avessero una via diversa di conduzione il tatto e il freddo, il dolore e il caldo.

Il Dott. Grilli ricorda avere osservato un malato che possedeva sempre la sensibilità dolorosa, mentre aveva abolita quella tattile.

Dopo qualche altra osservazione del Dott. Brigidi e del Prof. Herzen, a cui rispose il Dott. Grilli, la discussione è chiusa e la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

NONA ADUNANZA PUBBLICA

DEL 14 SETTEMBRE 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. Pellizzari, *Presidente.*

Erano presenti i Socii: Bechi, Faralli, Ceccherelli, Tafani, Banti, Bertini, Celoni, Pellizzari Celso, Paoli, Zannetti Ferdinando ed il Segretario degli Atti.

La seduta venne aperta con una memoria del Prof. Bechi, sulla diffusione del boro.

Il Prof. E. Bechi incominciò a richiamare alla memoria le azioni del borace sopra i fermenti, sul protoplasma delle cellule vegetali, e sopra la vita degli infusorj, osservate da alcuni scienziati, e specialmente dall'illustre Dumas. Quindi ricordò l'esperienze fatte dal Sig. Peligot

sui vegetali, dalle quali resultava, che l'acido borico ed il borace erano sostanze mortifere per le piante: onde concludeva, non potere l'acido borico rimanere affatto innocente anche per gli animali.

Esposte le opinioni sulle azioni fisiologiche del borace il Bechi scese a parlare delle cose sue, e narrò come abbia scoperto il boro non solo nelle serpentine della Toscana e della Liguria, ma nella più parte delle rocce di sedimento e metamorfiche. Disse, che le acque le quali traversano tali terreni, sciolgono una piccola quantità del composto del boro; onde trovasi boro nell'acqua potabile ed aggiunse che esiste pure nelle acque minerali di Montecatini e nei depositi saliferi di Volterra. Raccontò che pur le piante ne contengono; e secondo ripetute esperienze, non risulterebbe sostanza mortifera per la vita vegetale, come veniva ammesso dal Sig. Peligot.

Narrò ancora come il boro si trovi nell'aria, dacchè l' ha riscontrato in modo chiaro, evidente nelle acque meteoriche.

Finalmente espose che si può anche trovare nell'organismo animale, giacchè nell'orina se ne ha chiaramente e con evidenza la prova.

Venne egli nel conchiudere questa memoria domandando al savio giudizio dell'Accademia, se possa qualificarsi tossica alla vita vegetale ed animale una sostanza così diffusa, la quale in piccole dosi, ma continuamente ripetute, s'introduce negli esseri viventi.

Successivamente il Dott. Augusto Urbino parlò di un caso di paralisi dei cricoaritenoidei posteriori, da lui osservato in un uomo di 37 anni, lavorante fornaio di notte.

All'esame col mezzo del laringoscopio, l' Urbino trovò che l'apertura glottica era grandemente diminuita tanto da sembrare una semplice fenditura del lume di un millimetro e mezzo circa, in tutta la sua lunghezza antero posteriore. Causa di questo rimpicciolimento dell'apertura

glottidea erano le due corde vocali, le quali nell' inspirazione erano affatto inerti e non si divaricavano punto, talchè il malato non respirava che malissimo.

Fatta la diagnosi suesposta, ed essendosi il malato ricoverato nello Spedale, venne operato di tracheotomia, come appunto aveva consigliato il Dott. Urbino.

Il resultato fu ottimo ed il malato dopo pochi giorni potè lasciare lo Spedale, portando una cannula di guttaperga vulcanizzata.

L'applicazione successiva dell'elettricità sugli abduttori, col mezzo di un apparecchio immaginato dall'autore non portò che pochissimo sollievo, tantochè il malato in discorso sarà costretto a portare per tutta la vita la cannula tracheale.

La seduta terminò con una comunicazione verbale del Dott. Alessandro Tafani, il quale, appoggiandosi a dei preparati ottenuti facendo reagire in modo speciale l'acido osmico, ha veduto che nei corpuscoli tattili di Merhel, situati nel becco dell'anatra, non esistono i dischi tattili come ha descritto Ranvier. Vi si vede invece la fibra nervosa che, penetrata fra le due cellule gemelle, non vi perde la mielina e vi forma un gomitolo simile, tranne che in proporzioni microscopiche, alle glandule sudoripare.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

DECIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 16 NOVEMBRE 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, *Presidente*.

Sono presenti il Vice Presidente Dott. Brigidi ed i Soci Prof. Cesare Paoli, Dott. Bosi, Simi, Grilli, Celoni, Banti, Faralli, Ceccherelli, Tommasi ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell'ultima adunanza, ha la parola il Socio Prof. Cesare Paoli il quale legge una memoria che ha per titolo: *Degli accidenti di attossicazione consecutivi all'impiego dell'acido fenico nella pratica chirurgica.*

Dopo aver accennato alle varie concomitanze e successioni morbose che modificano l'andamento e l'esito delle operazioni chirurgiche, ed ai mezzi svariatissimi proposti dai pratici per opporvisi, viene a parlare in modo particolare del metodo di medicatura antisettica proposta da Lister. E dopo aver detto che l'acido fenico in chirurgia ha destato una specie di fanatismo nei chirurghi, il Prof. Paoli viene a porre una questione, se cioè questo medicamento riesca perfettamente innocuo al nostro organismo, rimanendo applicato a lungo sopra una superficie assorbente, o se viceversa può dar luogo a gravi inconvenienti. E qui il Prof. Paoli, ammettendo un' azione irritativa sull'apparato orinario in special modo, ricorda d' esser stato testimone fino dal 1869 dell' alterazione subita nel colorito dall'orina di un malato che veniva medicato con una soluzione acquosa d'acido fenico, sopra un impiagamento di una gamba. Queste orine che all'esame chimico risultarono contenere un eccesso d'acido fenico, si conservano tuttora nel Gabinetto di Chimica Patologica.

Ricorda come nella *Gazzetta Medica* di Parigi il il Dott. Reckin citi alcuni casi di attossicamento per acido fenico nella pratica ginecologica, e perfino dei casi di morte per le iniezioni intra-uterine di una soluzione acquosa di tal medicamento.

Accenna agli esperimenti eseguiti sugli animali per provare l'azione tossica dell'acido fenico. Parla del 7° Congresso tenuto dalla Società Germanica di Chirurgia del 1878 e della discussione che vi sorse dopo una comunicazione del Kuster che tendeva a provare la possibilità che l' acido fenico avesse affrettato in 20 casi l'esito fatale: quindi la proposta della sostituzióne dell'acido salicilico e del tymol.

Il Prof. Paoli rammenta alcuni casi osservati nel 1° turno chirurgico del nostro Spedale, da lui diretto, nei quali adoperata la soluzione acquosa d'acido fenico, si ebbero fenomeni di nefrite, abbattimento di forze, nausee, vomiti e febbre remittente con prolungate orripilazioni, tanto che i malati si giudicarono affetti da febbre d' infezione; mentre sospesa, per suo consiglio, la medicatura fenicata, immediatamente i fenomeni cessarono, l' orine presero il colore verdastro e fattesi prima purulente e poi muccose ritornarono finalmente limpide, e i malati ripresa forza e nutrizione lasciarono lo Spedale.

Egli crede di dover comunicare tali osservazioni per porre in guardia i chirurghi. E si domanda quindi se il metodo di Lister sia veramente preferibile ad ogni altro. Cita la pratica di varii chirurghi e le statistiche di altri che provano come anche senza l' uso dell'acido fenico si siano ottenuti buoni resultati. Non crede con questo di disprezzare tutto quello che è nuovo, ma vuole che si riconosca il buono anche nella vecchia pratica. E mentre crede nocivo l'abbandonarsi ciecamente a quel che vien proposto ogni giorno, trova una parola di lode per chi indefessamente si adopera a far progredire la chirurgia.

Dopo il Prof. Paoli ha la parola il Dott. Celso Pellizzari il quale fa una comunicazione sopra un caso di *frattura incompleta spontanea per sifilide acquisita in tenera età.* Il caso concerne una bambina di circa due anni, nella quale si potè diagnosticare in vita una lesione sifilitica del radio destro. All'autopsia si trovò l'osso in preda alla degenerazione detta dal Panot *gelatiniforme.* La neoplasia essendosi sostituita al tessuto osseo spongioso aveva a poco a poco allargato lo strato esterno, che reso sottilissimo si era per la massima parte fratturato. La discontinuità non era completa perchè dal lato corrispondente all'ulna rimaneva una piccola lamella mantenuta intatta da un ingrossamento del periostio. Il Dott. Pellizzari accenna all'importanza di questo caso, per essere forse il primo reso di pubblica ragione, mentre sono frequenti i casi di fratture spontanee per sifilide congenita. La diagnosi per sifilide acquisita fu basata più che altro sull'esame comparativo colle forme sifilitiche esistenti contemporaneamente nella madre e nella figlia. Da quest' esame si venne alla conclusione che la sifilide era stata comunicata dalla figlia alla madre e non poteva perciò parlarsi di sifilide ereditaria.

Nessuno prendendo la parola sopra alcune delle due comunicazioni la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. G. Pellizzari.

Il V. Segretario
Dott. C. Pellizzari.

UNDICESIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 28 DICEMBRE 1879.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice Presidente.*

Presenti: Faralli, Paganucci, Ceccherelli, Marcacci, Grassi, Banti, Tafani, Bosi, Grilli, Simi, Tommasi, Zannetti Raffaello, ed il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti.

Il Vice Segretario legge il processo verbale della seduta precedente; quindi ha la parola il Dott. Urbino che fa la istoria di un caso di vegetazioni polipose sotto glottiche in un uomo di 28 anni. Esse davano accessi di stenosi, radi in principio, più frequenti in seguito. Il Dott. Urbino aveva stabilito di fare la tirotomia per estirpare il tumore, essendo impossibile, per la poca tolleranza dell'infermo, di estrarlo per le vie naturali. E qui si diffuse alquanto sulle indicazioni della tirotomia e su quelle della estirpazione per le vie naturali, ripetendo le statistiche del Mackensie di Londra, e del Brums, non che facendo un confronto fra i varii metodi di estirpazione dei tumori laringei; dal cui confronto ha voluto stabilire più chiaramente i limiti dell'uno e dell'altro metodo, dichiarando che quando si ha da fare con un tumore posto al di sotto della glottide che non si è potuto raggiungere nè estirpare con la pinzetta o cauterizzarlo col galvano-cauterio al modo del Voltolini, e quando questo tumore minaccia la vita dell'infermo per accessi frequenti di soffocazione, è allora il caso di ricorrere alla tirotomia. L'infermo fu colpito da difterite laringea che prese anche il tumore; poi sopraggiunse l'edema di tutta la laringe per un ascesso della muccosa che riveste l'aritenoide sinistro e quindi giudicò

dover rinunziare alla tirotomia e ricorrere invece alla tracheotomia che fu praticata con successo. Adesso il malato sta bene e le condizioni della laringe vanno migliorando, attesochè l'ascesso si è aperto e l'edema grandemente diminuito. Ora è prossimo il momento di fare la tirotomia per estirpare il tumore, e quando ciò sarà fatto e si potrà dar notizia dell'esito finale di questo caso, ne darà notizia all'Accademia.

Successivamente, il Dott. Girolamo Danesi, legge una sua memoria sulla medicatura antisettica nell'ulcera purulenta della cornea, o cheratite a ipopion, e nell'ulcera serpiginosa.

Dopo aver detto come egli siasi servito per tale medicatura dell'acido fenico unito alla vaselina, (1 per °/₀) e dell'acqua leggermente fenicata come detersivo, riporta la storia di 4 casi di malattie oculari, della natura già riferita, nei quali il detto trattamento curativo riuscì efficacissimo.

Nessuna discussione avendo luogo, la seduta fu sciolta a ore 2 pom.

V° *Il V. Presidente*
Dott. V. Brigidi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

RAPPORTO GENERALE

DEI

LAVORI ACCADEMICI DELL' ANNO 1879

LETTO DAL SEGRETARIO DEGLI ATTI

Dott. TOMMASO TOMMASI

nell'Adunanza solenne del dì 22 Febbrajo 1880

EGREGI ACCADEMICI !

Non era mio compito, o Signori, intrattenervi in questa seduta solenne sopra i lavori scientifici da voi compiuti nell' anno accademico ora decorso, e sopra le dotte discussioni che animarono molte delle nostre sedute; tal compito era invece devoluto al mio egregio compagno di ufficio, il Dott. Celso Pellizzari, dalla cui facondia avreste meglio udito riassunti i lavori e le discussioni.

Egli peraltro ha voluto deviare dalla via che la consuetudine accademica gli affidava; e voi o Signori dando ascolto alle ragioni pure plausibili che egli mi enumerava per esentarsene, metterete sulla bilancia della giustizia, come i moderni frenopatici nell' aula di Temi, da una parte la ripugnanza al lavoro paziente di una compilazione sintetica, dall'altra la forza irresistibile a pubblicare le sue osservazioni originali di sifilopatia, tanto che son persuaso che emetterete per lui un verdetto di assoluzione, pur contemplando le circostanze attenuanti del suo buon volere e della sua attitudine a portar nuove pietre e nuovo cemento al tempio della Venere morbosa.

Di me non vi parlo, avvegnachè voi sappiate come per me appunto abbia corso tristissimo l'anno 1879, come io sia stato logorato per più mesi dallo spettacolo straziante di vedere il mio amatissimo padre consumarsi ogni dì più sotto la malefica influenza di una malattia irrimediabile, della quale io stesso, per la natura degli studii che coltivo, ebbi il triste evento di scoprire l'esistenza, misurarne giornalmente la costante progressione ed accompagnarla fino al termine fatale, con la morte nel cuore, larvata agli occhi di tutti da un bugiardo sorriso sulle labbra, e con la mente che imprecava alla scienza che da un lato ci mette in grado di conoscere minutamente i più reconditi segni diagnostici, ci fa misurare il consumo di una vita preziosa col rigore di un calcolo matematico, e dall'altro non ci addita neppure un solo mezzo per arrestare l'invadente marea che ci affoga, ci soffoga e spenge nelle fauci l'ultimo respiro e l'ultima santa parola del padre che benedice l'unico figlio superstite!

Se a questo aggiungete l'avvicendarsi in me, da quell'epoca fatale, di molti sconcerti nervosi che mi deprimono e mi abbattono di mente e di corpo, voi troverete tanto da perdonarmi la brevità tutta eccezionale di questo resoconto, al quale appunto volli apporre il titolo anche più modesto di sommario.

Doppiamente doloroso è stato per me l'esser breve inquantochè il cuore mi avrebbe suggerito parole di altissimo compianto, per la irreparabil perdita di alcuni socii carissimi cioè del Prof. Carlo Morelli, del Farm. Giuseppe Romei e in ultimo del Dott. Amerigo Borgiotti, che perdemmo sul cominciare del nuovo anno accademico.

Del primo udirete parlare dal mio esimio collega il Dott. Raffaello Zannetti che gentilmente se ne assunse l'incarico.

Del secondo?...

Infelice collega! Tu sei stata la seconda vittima che in

breve volger di tempo il veleno ha rapito alla vita, all'amore della famiglia, alla stima e considerazione degli amici! La tua miseranda fine fece correre per le vene di quanti ti conobbero un brivido di raccapriccio e di orrore, da essere pietoso ufficio il coprirla di un velo, anzichè ricordarla. A noi restano, però, qual prova dell'amore indefesso che tu portavi alla scienza farmacologica, diversi lavori pregievoli per l'esattezza ed il criterio col quale vennero condotti.

E se io consacrerò ora qualche parola alla memoria che tu leggesti in questo scientifico sodalizio, è stato appunto per ricordare ai colleghi il tuo nome, come quello di un amico da tutti altamente compianto.

Del Dott. Amerigo Borgiotti, cui spuntò il sole del nuovo anno per vederlo poco dopo circondato dalle tenebre eterne vi terrà parola il mio successore, quando in seduta solenne vi tratterrà sulle fasi e vicende accademiche durante l'anno 1880.

Ed ora, al compito che mi sono proposto.

Abbiamo avuto in 11 adunanze 23 letture che si sono aggirate sopra i seguenti argomenti:

Due di Clinica Medica
Una di Clinica Chirurgica
Sei di Anatomia Patologica
Tre di Fisiologia
Due di Clinica Ostetrica
Due di » Oculistica
Una di » Sifilopatica
Due di » Laringoscopica
Quattro di Chimica.

Alla prima serie appartengono: una lettura del Prof. Pietro Burresi che si riferiva ad un caso di enfisema polmonare e ad un altro con vizio cardiaco, nei quali il clinico esimio aveva messa in pratica l'aereoterapia, per

mezzo dell' apparecchio del Waldemburg, quello stesso che il compianto Prof. Castiglioni di Roma ha vantaggiosamente modificato e corretto. Il Prof. Burresi, nella esposizione dei suddetti casi, si mostrò ben contento degli effetti ottenuti, poichè potè verificare tale aumento nella funzionalità polmonare del primo e tanta calma e riordinamento nell'equilibrio circolatorio del secondo, da costringerlo a considerare il metodo aereoterapice come il miglior mezzo di cura indiretta e palliativa in simili contingenze.

D' importanza non comune fu anche la comunicazione che ci fece il Dott. Guido Banti sulle pneumoniti che dominarono a Firenze durante l' inverno e la primavera degli anni 1877-78, tanto chè potrà servire al complemento della storia clinica di codeste terribili affezioni che tristamente dominarono l' Italia in detta epoca e spinsero i medici a farne relazioni e statistiche speciali.

Nel ramo chirurgico, il Prof. Cesare Paoli ci parlava degli accidenti d'intossicazione consecutivi all' impiego dell'acido fenico nella pratica clinica, specialmente da che il Lister ebbe introdotto il suo metodo di medicatura antifermentativa, e con la scorta di numerose osservazioni, ce ne dimostra i pericoli non lievi, dei quali il clinico è messo sulle traccie dal vedere il mutamento di colore delle orine, che volgono ad un verde bruno assai intenso.

Le parole del valente Chirurgo consonano adesso con quelle di molti altri che hanno alzato la loro voce di protesta contro un tal mezzo di medicatura al quale cercano sostituire il timolo e l' acido salicilico.

Per parte mia dirò all' egregio Clinico, che le moderne ricerche del Baumann e del Preusse tendono a dimostrare che la colorazione delle orine in discorso, è dovuta *allo idrochinone*, ($C^6 H^4O$, H^2O) che aggiunto infatti ad una orina normale, vi fa sviluppare lentamente il color verde bruno, proprio all' orine degl' individui che hanno assorbito l'acido fenico.

L'Anatomia Patologica è stata riccamente rappresentata da due memorie del Dott. Vincenzo Brigidi, una: sulle alterazioni del midollo spinale nel tetano; l'altra sulle alterazioni dello stesso midollo in un caso di paralisi infantile, e sopra un'altro di tabe dorsale spasmodica.

Due memorie ci presentava pure il Dott. Alessandro Tafani, al quale sono ben lieto di porger ora pubbliche congratulazioni per il premio Burci a lui aggiudicato dalla Società nostra; le due memorie riguardavano, una: le terminazioni venose della pelle umana, e l'altra più specialmente i corpuscoli tattili del Merkel, nei quali egli non riconosceva l'esistenza dei dischi tattili, avendo veduto che le fibre nervose vi si perdono in un gomitolo simile a quello delle glandule sudoripare.

Sempre nel dominio dell'Anatomia Patologica, il Dottor Campani ci faceva note alcune sue considerazioni critiche sopra una memoria del Dott. Magitot che tratta dell'erosione dei denti: e il Dott. Giorgio Marcacci ci narrava di un raro esempio di fibroma mollusco da lui osservato in un tale D. V. di anni 55, e anzi sottometteva all'osservazione della Società alcuni preparati microscopici, tolti da alcuni piccoli tumoretti che facevano corona alle due enormi masse pettorale e dorsale, che a guisa di doppia bisaccia gravavano il lato destro del torace di quel disgraziato. A meglio illustrare questo caso, il Dott. Marcacci esponeva alcune fotografie, abilmente eseguite dal signor Schemboche.

Questa memoria dette luogo ad una discussione di molta importanza, forse la più viva che sia sorta nel decorso anno.

La Fisiologia ebbe tre memorie: una del Dott. Francesco Corso relativa alla pressione sanguigna del cuore e dei grossi vasi che serve di complemento alle comunicazioni che si faceva lo scorso anno sulla pressione sanguigna in generale; l'altra del Prof. Alessandro Herzen, il

quale partendo da alcuni esperimenti comparativi, faceva osservare come sia possibile una separazione della sensibilità termica in due sensibilità distinte, quella cioè per il freddo e quella per il caldo; e mentre la prima seguirebbe le fasi delle impressioni tattili, l'altra seguirebbe quelle delle impressioni dolorifiche, e sarebbero perciò condotte al centro nervoso da vie affatto distinte.

Finalmente, in un'altra seduta, il Dott. Corso faceva una critica scientifica alle conclusioni della memoria del Dott. Maggia sulle cause del parto e cercava minorare il valore reale del medesimo.

L'Ostetricia, l'Oculistica, e la Sifilopatia hanno avuto esse pure il loro contributo, rappresentato da una memoria del Dott. Ernesto Grassi, sulla versione podalica bipolare come complemento del parto forzato; da una comunicazione del Dott. Egidio Welponer, di Trieste, sull'ovaro-isteorotomia come complemento del taglio cesareo; comunicazione che fu letta dal Vice Segretario; da una dissertazione del Prof. Cesare Paoli sull'occhio considerato come istrumento necessario allo sviluppo dell'intelligenza; da una memoria del Dott. Girolamo Danesi, *sulla medicatura antisettica nella cura delle ulceri corneali;* e finalmente da una memoria del Dott. Celso Pellizzari sopra un caso di frattura incompleta spontanea per sifilide acquisita in tenera età.

Il Dott. Augusto Urbino, ha letto in seno della nostra Società due memorie di Clinica laringoscopica, che ora vediamo con piacere acquistare sviluppo sempre crescente da erigersi quasi a clinica speciale; e le due memorie riflettevano un caso di paralisi dei cricoaritenoidei posteriori ed un caso di vegetazioni polipose sotto-glottiche.

Eccomi finalmente all'ultimo gruppo, quello cioè delle memorie di Chimica, fra le quali trovo alcune ricerche del Prof. Pompilio Agnolesi sulle sofisticazioni ed impurità dell'amido, del collodione e del magistero di zolfo; trovo an-

che una memoria del Dott. Enrico Pegna sulla presenza dell'arsenico nei prodotti di combustione di alcune candele, argomento questo di molta importanza per l'igienista ed anche per il medico legale, non essendo improbabile che questa sia una delle cause capaci a spiegare la presenza di traccie di arsenico nell'organismo umano. — Trovo per ultimo una memoria del Prof. Emilio Bechi sulla grande diffusione del boro in natura, ed una finalmente del farmacista Nestore Prota Giurleo di Napoli, che ci venne letta e presentata dal compianto nostro collega Farm. Giuseppe Romei. Il Prota Giurleo ci diceva di avere analizzato il ferro Bravais e di essere giunto a trovare che non si compone esclusivamente di sesquiossido di ferro, ma bensì anche di un composto ferruginoso organico, che credeva essere un albuminato; tali resultati avrebbero avuto la loro sanzione dal fatto che, unendo insieme i detti composti, si giungeva ad ottenere un miscuglio liquido che presentava tutti i caratteri del ferro Bravais, e che egli sottoponeva al giudizio dell'Accademia, nel tempo stesso che dichiarava di averlo già introdotto in commercio ad un prezzo molto più mite del preparato francese.

Questa opinione del chimico Napoletano sembra però che non sia stata confermata dagli studii di altri chimici, sebbene molti siansi occupati a studiare questo prodotto che tanto rumore ha levato dietro di sè e con tanto favore è stato accolto da quanti amano le novità anche nelle cure cui si sottopongono.

È appena un mese, infatti, che anche all'Accademia medica di Roma, il Sig. Niccola Sinimberghi, presentava un opuscolo relativo alla vera composizione del ferro dializzato, dicendo di averne studiato accuratamente le cinque specie che si trovano in commercio, compreso quello di Bravais, e di essersi potuto convincere che non trattasi semplicemente di un perossido di ferro allo stato li-

quido, con la esclusione di qualunque acido, ma che in tutte si rinviene una quantità maggiore o minore di cloro.

Si tratterebbe dunque di una miscela d'idrato d'ossido di ferro e di cloruro ferrico.

Ed è degno di nota che se il Berthelot dichiarava che in generale il ferro dializzato è un composto dei meno adatti ad una cura ricostituente, il Sinimberghi credè che nell'analisi comparativa delle diverse specie di ferro dializzato, quello Bravais non figuri come il migliore!

A lode del vero, piacemi peraltro di dichiarare che l'egregio chimico Dott. Donato Tommasi, che abbiamo l'onore di ospitare nel Laboratorio di Chimica patologica pubblicando le sue ricerche sulla formula di costituzione dei composti ferrici, e specialmente degli idrati, veniva egli pure a concludere, per una via indiretta, e perciò più pregevole, *che il ferro dializzato liquido officinale, è vero che ha in dissoluzione molto ferro, ma è pur vero che contiene forti quantità di cloruro.* Osservava quindi giustamente: che l'*esistenza di un idrato solubile nell'acqua è molto problematica ed è necessario riprenderne lo studio.* Egli crede invece che si tratti piuttosto di una soluzione di *ossicloruro*, *tant'è vero che precipita col solfato di soda.*

Ed io posso aggiungere che precipita con delle traccie di sali e di acido, e la stessa saliva, che è il primo liquido organico che incontra il ferro dializzato, serve a precipitarlo in gran parte.

A tutto questo si può aggiungere, che anche l'Accademia di Medicina di Parigi, si è occupata recentemente di questo prodotto, ed il chimico Personne le presentava un lavoro nel quale concludeva:

1° Il ferro dializzato non è una soluzione di ossido di ferro, è bensì una *pseudo-soluzione* ed anche una psedo-soluzione molto impura, poichè i prodotti più puri contengono un minimo di 7 $^1/_2$ per 100 di sali di ferro estranei (percloruro e persolfato).

2° Il ferro dializzato è insolubile nel succo gastrico, non è dunque assimilabile e deve essere proscritto dalla terapeutica.

Di fronte a queste conclusioni chimiche, tutte a carico del ferro dializzato, cosa ha detto la Clinica?

L'osservazione ha dimostrato quasi sempre che il Ferro Bravais produce realmente gli effetti benefici degli altri preparati ferruginosi ed ha su molti di essi il vantaggio apprezzabilissimo di non recare alcun disturbo alle funzioni digestive, che si compiono con la stessa sollecitudine, e nemmeno alle funzioni del circolo che non si trova eccitato di soverchio, forse perchè il ferro dializzato che arriva nello stomaco già precipitato dalla saliva, si ridiscioglie lentamente, sotto l'azione del succo gastrico, e specialmente dell'acido cloridrico in esso contenuto, e si assimila così mano a mano che la soluzione si compie.

Lo stesso Dott. Donato Tommasi che con tanta competenza si è occupato della questione degli idrati ferrici, e che appunto m'incaricava di presentare in omaggio alla Società nostra la memoria ad essi relativa, mi diceva che un tal modo di conciliare le conclusioni chimiche con la osservazione clinica era certo plausibilissima, tanto più che le sue ricerche hanno dimostrato, contrariamente a ciò che si credeva, che l'idrato ferrico ottenuto dal ferro dializzato, non è identico a quello preparato precipitando un sale ferrico con l'ammoniaca; e poichè codesti due idrati hanno proprietà chimiche differenti, non potrebbero avere pure diverse le proprietà fisiologiche?

Le une e le altre non dipendono esse forse, oltre che dagli elementi che entrano in un composto, dal modo con cui gli atomi sono riuniti fra loro?

Il fosforo rosso che è perfettamente isomero a quello ordinario, differisce immensamente da questo quanto a proprietà fisico-chimiche, solo perchè ha una struttura molecolare diversa.

Ecco dunque che se la chimica sembra concludere in modo contrario a quello che la clinica osservazione ci indicherebbe, la chimica stessa, considerata nelle sue reazioni entro l'umano organismo, dando ragione della diversità dei fenomeni osservati, serve a conciliare opinioni apparentemente opposte.

Voi mi scuserete, o Signori, se mi sono trattenuto soverchiamente su questo tema, che per altro ha una certa importanza di attualità, e riguarda anche più da vicino gli studii miei più abituali; io ne ho parlato appunto per questo solo riguardo, nella speranza che le parole con le quali ho esordito, vi abbiano fatti persuasi che era per me oltremodo difficile e gravoso, l'addentrarmi a lungo in un esame minuzioso delle molte e dotte memorie, che per la solerzia vostra ci fu dato sentire nello scorso anno accademico.

RAPPORTO GENERALE

SULLE

PUBBLICAZIONI PERVENUTE IN DONO

ALLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1879

letto dal Segretario delle Corrispondenze, nell'Adunanza Solenne del dì 22 Febbraio 1880

ESORDIO.

Perchè prendendo la penna in mano per gettar giù queste poche colonne, ogni anno più mi sento tremar le vene e i polsi?

È stanchezza la mia? È l'intelligenza che impigrisce ed invecchia entro la teca ossea che la riveste? È timore di smarrire la diritta via in mezzo a questo turbinio di scienza nuova, a questo accumularsi di fatti e di osservazioni spesso in contradizione fra loro, a questo aprirsi di nuovi orizzonti, a questo cangiarsi e forse talora imbarbarire di linguaggio? Sarei per avventura una nave vecchia, a vele rotte, a remi infranti, a macchine consunte, che ad ogni momento minaccia di perdere la rotta in mezzo alla furia dei marosi, che le flagellano i fianchi, e ai venti che la sospingono or di qua ed or di là?

A voi accademici e colleghi risolvere questi miei dubbi. A voi giudicare e sanzionare col vostro voto, allorchè colla fine del corrente anno verrò a decadere di uficio, se io

colo, se è adeso, o incastonato, o insaccato, e di dar mano al modo più sollecito di liberarne la vessica.

Il Sig. Ettore Monreale, farmacista di Palermo, ci regala una nuova acqua emostatica, composta dice esso di pure e semplici sostanze vegetabili; quattro esperimenti due sulla femorale, e due sulla carotide di cani, incise parzialmente e poi totalmente fanno parte di questo opuscolo; le filaccia imbevute della potente acqua e tenute colla mano fortemente compresse sulla ferita, bastarono ad arrestare l'emorragia, e le ferite stesse si riunirono in seguito senza ulteriore perdita di sangue, e senza successiva produzione di aneurismi. Non val la pena di dire che il farmacista pone in luce, e s'intende il perchè, non solo gli inconvenienti di tutti gli altri emostatici conosciuti, ma anche di tutti i mezzi chirurgici che possono servire ad arrestare l'emorragie.

Se il Prof. Rizzoli avesse sul finire del 1878 potuto prevedere la scoperta del Monreale, forse la scienza non si sarebbe arricchita di una sua memoria sulla emostasia diretta nella cura degli aneurismi traumatici e delle ricorrenti emorragie per ferite ed ulcerazioni di arterie degli arti toracici, nelle 41 pagine della quale sono riferite molte storie interessantissime, arricchite da savie osservazioni, e da buoni insegnamenti pratici, fra i quali quello di fare sempre il possibile per allacciare i due capi dell'arteria lesa nel campo stesso della ferita, come il mezzo più sicuro di prevenire ogni emorragia di ritorno.

La conclusione a cui giunge il Dott. Jullien in un suo lavoro sull'amputazione del pene pubblicata nel 1873, che cioè fra tutti i metodi proposti per la medesima, antichi e moderni, il migliore sia sempre il taglio col ferro arroventato al fuoco (metodo Bonnet), può essere anche oggi accettata; sarebbe solo a domandarsi al Sig. Jullien se oggidì i progressi ottenuti nella galvano-caustica-termica permetterebbero di servirsi di questo mezzo con eguale

successo. Credo che la risposta sarebbe favorevole, in quanto fin d'allora non negava assolutamente la applicabilità di questo metodo, sebbene desse la preferenza a quello del Bonnet. Il lavoro del Jullien, per quanto la scienza corra, è sempre fresco ed interessante sia per la parte storica, sia per quella operatoria, sia per lo studio delle complicazioni primitive e secondarie e dei mezzi di rimediarvi, sia infine per la giusta apprezzazione delle conseguenze tanto fisiche che morali di tale operazione.

La curabilità del cancro, e l'utilità delle statistiche a sciogliere questa questione è il soggetto di un lavoro del Dott. Ceccherelli. La conclusione di questo lavoro, è che per ora la scienza non ci offre dati così fatti da potere formulare delle conclusioni certe sul quesito della curabilità del cancro; dice che questi neoplasmi hanno attributi anatomici comuni, ma clinici differenti secondo la loro sede, e quindi se le statistiche debbono sciogliere la questione non devono farsi generali, ma speciali, aggruppando i cancri secondo la sede nella quale si sviluppano. Ed egli stesso ne dà l'esempio, distribuendo 132 casi raccolti nel corso di 6 anni e mezzo nella Clinica chirurgica di Firenze diretta dal Prof. Corradi in tanti gruppi secondo la sede in cui il neoplasma si manifestò.

OSTETRICIA.

Una delle questioni che si agitano fra gli ostetrici è quella del valore e della opportunità dell'ovaro-isterotomia cesarea. La contribuzione alla statistica di questa operazione del Dott. Welponer è da voi già conosciuta e non ne parlo; solo accennerò che sopra 21 operate si ottennero 10 successi. Però secondo il Dott. Belluzzi Cesare, quando l'emorragia non è interna, ma dei margini dell'incisione uterina, dovrebbe a quella grave operazione preferirsi la sutura uterina, la quale secondo il medesimo meri-

terebbe di essere richiamata in onore, quasi a compensarla del lungo abbandono al quale fu condannata. Egli infatti la eseguì in un caso di operazione cesarea, e con felice successo, ma non per questo ripudia affatto l'operazione del Dottor Porro, cioè l'amputazione utero-ovarica, la quale però crede non si debba adottare come metodo generale.

E, se l'emorragia potesse arrestarsi con la sutura uterina, penso anche io che come operazione più semplice sarebbe a preferirsi all' amputazione utero-ovarica, e allora soltanto potrei associarmi alle parole alquanto aspre e dure con le quali il Prof. Macari, in una prelezione fatta a Genova nel 1879 col titolo di Deontologia Ostetrica, condanna una tale operazione e coloro che la eseguirono. Egli la chiama « castrazione delle donne; » e poi soggiunge: « La donna è castrata, non potrà più concepire; « avrà nel suo organismo modificazioni analoghe a quelle « degli eunuchi da teatro, da coro, da serraglio, dei bovi, « dei cani ed altri animali. » È verissimo col metodo del Dott. Porro si castra la donna, e si rende infeconda, ma quella donna può fare Gesù con due mani per esserlo; ma lo scopo non è di farne un eunuco da serraglio, o da coro, ma di salvarla da un imminente pericolo che le sovrasta. E se, come egli dice, il metodo classico antico è il migliore, parmi sia meglio dimostrar ciò coi fatti alla mano piuttosto che condannare un'operazione con vane declamazioni. Dimostri pure che la morte per emorragia uterina nelle operate col metodo classico è un sogno, e non una realtà, ma finchè questa dimostrazione non sia fatta, io credo che il metodo del Dott. Porro potrà essere considerato una cruda necessità dell'arte, e perdere per ciò tutto quello che di inumano può avere quando si consìderi come semplice atto operativo.

Del resto in 11 sole pagine il Prof. Macari tocca tutte questioni gravissime enunciate, discusse, e risolute

assai seccamente, e cosa insolita a frasi quasi piccanti, e roventi. Dirò di alcune.

« Per essere più tranquillo nel negarsi all'aborto « provocato l'ostetrico (dice egli) avrebbe diritto che una « legge del governo obbligasse tutte le fidanzate ad un « esame ostetrico prima del matrimonio civile. » Mi avesse detto tutte le fidanzate manifestamente rachitiche, o che hanno qualche deformità originaria o congenita capace di viziare il bacino, potrei anche piegare la testa, e passarvi sù; ma tutte le fidanzate, mi pare un poco troppo. Noi italiani siamo curiosi; gridiamo libertà nelle famiglie, e nelle scuole, libertà nella vita pubblica, nei commerci, nelle arti e nelle scienze, e ci crediamo anche gli uomini più liberali dell'universo, e poi, quando vediamo, non dirò una piaga o una cangrena sociale, ma un neo, un pregiudizio, un piccolo sconcio, non ci mettiamo già a predicare contro quel neo, contro quel pregiudizio, ma a scanso di fatica facciamo invece tanto di cappello al signor governo, e gli chiediamo che ci metta fra'piedi una pastoia di legge coll'indispensabile regolamento. E il guaio è che facciano ciò uomini di qualche levatura, cooperando così a rendere il volgo sempre più inclinato a credere che il governo debba essere la provvidenza delle nazioni, debba far piovere acqua quando v'è siccità, dare il pane quando c'è carestia; cooperando così a fare sparire l'iniziativa privata e a ridurre la libertà individuale a questa semplice frase, passar di lì per forza perchè così vuole la legge tale all'articolo tale. All'uomo si deve insegnare a sfuggire il male, e a cercare il bene, ma non gli si deve imporre con una legge che fugga quello e cerchi questo; perchè il salvarsi o il dannarsi è questione di libero arbitrio, di libera coscienza.

E tornando alla questione i medici e gli ostetrici consiglino saggiamente, non si stanchino a ripetere i consigli confortandoli di esempi chiari e parlanti, perchè a forza

di martellare si finisce col ribadire i chiodi nel legno più duro, e perchè le idee buone, sarà questione di tempo, ma finiscono coll' attecchire. Del resto se un genitore vuol maritare una figlia rachitica senza farla visitare a un ostetrico, se un fidanzato non pensa all' avvenire, e per eccesso d' amore o d' interesse chiude un occhio ed anche due, che ci ha che fare il governo? Che cosa c'entra una legge? Lasciamo fare il padre, il fidanzato e la sposa; l'ostetrico aspetti tranquillo il suo tempo, e faccia allora del suo meglio. Nè la ragione che il Prof. Macari adduce per invocare quella legge è tale da farmi variare di concetto. Ammesso infatti che l'ostetrico non ha il diritto di uccidere nessuno, legge o non legge sulla visita delle fidanzate, non procurerà l' aborto, perchè crede in coscienza di non poterlo fare, e perchè pensa che la donna una volta che sia legittimamente o no incinta, deve subire le conseguenze tutte a cui la maternità può condurla.

Nè meno vado d' accordo col Prof. Macari in quello che scrive sul segreto professionale. Egli dice che se il prete innanzi l' assise pur deponendo si riserva di attestare diversamente da quello che sa per la confessione, anche l'ostetrico in certi casi potrà deporre attestando diversamente da quello che sa per segreto professionale. Se non si deve dare un calcio al buon senso, e tirare un velo sulla morale, io per me dico che messa in questi termini la questione mentiscono e depongono il falso il prete e l'ostetrico. E non vi sarebbe forse una via più retta? Vi è certo e l' intende ciascuno. E la via è questa; o dichiarare di non deporre perchè dal segreto professionale ne sono impediti, o di deporre e rispondere solamente a ciò che non può avere rapporto col segreto medesimo.

Non seguirò più oltre il Prof. Macari, il quale mi pare abbia già fatto abbastanza le spese di questo rapporto, tanto da costringermi a passar sopra a due memorie del Prof. Wasseige, sopra li laminaggio della testa fetale

e sugli apprezzamenti del Forceps di W. Tarnier; non che a due del Dott. Vanden Bosch sopra il bacino spondilolistesico, e sopra un mostro doppio, a due teste, tre braccia, un torace, due bacini e quattro estremità inferiori e nel quale le cose più curiose sono due, cioè: il cuore che ha un'orecchietta mediana comune con due fori del Botallo pervii comunicanti a destra e a sinistra con due altre orecchiette, e quattro ventricoli due normali, due quasi rudimentari; il fegato unico, mediano fra due stomachi e resultante dall'unione di due fegati.

OCULISTICA.

Il cav. Felice Baroffio ci offre una memoria intitolata: *Cenni sull'imperfezione della vista dal punto speciale dell'attitudine al servizio militare, e sui mezzi di constatarle, e misurarle.* Questo lavoro breve e conciso, quanto il soggetto lo permette, passando in rivista tutti i mezzi atti a raggiungere lo scopo di determinare con precisione quei difetti di vista che sono considerati dalle leggi sul reclutamento e sulle riforme, sarà d'incontestabile utilità ai medici militari, ogni qualvolta però questi abbiano bene in mente l'anatomia e la fisiologia normale dell'occhio, e non sieno affatto nuovi al maneggio delle lenti e specialmente dell'oftalmoscopio.

Il Dott. Grazzi Vittorio in una breve nota rende conto di alcuni confronti fra la fisiologia e la patologia dell'occhio e dell'orecchio che si trovano in una monografia sulla pressione intra-laberintica pubblicata in Parigi dal Dott. Morisset, e con qualche argomento e fatto cerca di appoggiare l'opinione del medesimo che fra questi due organi sia molta similitudine per quanto servano a sensazioni diverse. A me sembra veramente che la struttura anatomica di questi organi sia nell'insieme molto differente in rapporto coll'elemento diverso che li impressiona, e che

la loro patologia non abbia poi tutta quella similitudine che i Dottori Morisset e Grazzi credono quando non ci si limiti a malattie che possono esser comuni a questi due organi non solo ma anche a molte altre parti del corpo.

SIFILOGRAFIA.

La sifilide cerebrale, alla quale nel 1877 portava un contributo il Dott. Celso Pellizzari; e poi nel 1879 uno nuovo colla sua memoria sulla Sifilide Epilettiforme, è pure in quest'ultimo anno arricchita di due nuovi fatti dal Dott. Levi di Venezia, uno dei quali a forma congestiva rapidamente guarito colla cura specifica, l'altro a forma prima di cefalea, e poi di epilessia unilaterale per gomma caseificata nella seconda circonvoluzione frontale.

Il Dott. Jullien, già ricordato, inviava alla nostra biblioteca un trattato delle malattie veneree e sifilitiche ricco di fatti, di considerazioni giuste, di sana critica, che mostrano in esso un buon criterio, e una diligente osservazione, ma del quale non posso darvi nè meno un corto cenno per ragione di brevità. Non meno interessante è un lavoro del medesimo intitolato: *Ricerche statistiche sull'Etiologia della Sifilide terziaria.* Studia con la scorta di un buon numero di osservazioni la sifilide lasciata a sè, curata fin dal suo esordire col mercurio, e la medesima curata egualmente ma solo alla comparsa dei fenomeni secondarii, per vedere quando, come gravi e di che natura compariscano le forme terziarie. Resultato ultimo di queste statistiche ed osservazioni sarebbe che le forme terziarie si hanno, più benigne nella sifilide lasciata a sè stessa, più gravi in quella curata fin dal principio coi mercuriali, e più gravi ancora in quella curata ugualmente al sopraggiungere di forme secondarie. Così per esempio le forme terziarie testicolari e nervose si osserverebbero quasi esclusivamente negli ultimi due grupp

Certo che il numero delle osservazioni non è tale, e ne conviene lo stesso Jullien, da ritenere tale conclusione definitivamente provata, ma in ogni modo il lavoro merita l'attenzione dei sifilografi, e lascia il desiderio di vedere continuate tali osservazioni, giacchè, dato che la conclusione del Jullien fosse provata, mi pare che ne verrebbe quasi la conseguenza, che il miglior sistema da seguirsi nella cura delle sifilide, sarebbe quello di lasciarla a sè fino alla comparsa dei fenomeni terziarii.

MEDICINA.

Pregievole per chiarezza, per concisione e nello stesso tempo per opportunità di osservazioni, è il rendiconto sommario della Clinica del Prof. Burresi anno 1877-78, compilato dal Dott. Michele Michelacci. I casi più interessanti vi sono esposti con diligenza, corredati da quelle indagini che la scienza moderna richiede specialmente in un clinico insegnamento; vi sono indicati i sistemi di cura e le ragioni che li consigliarono e che possono guidare il medico in casi consimili. Ma un tal lavoro si legge, si ricorda, ma non si riassume in poche parole.

Dopo avere scorso una memoria sull'indirizzo alla diagnosi e alla cura della pneumonite da malaria del Dott. Ottavio Leoni, sono tornato al capitolo polmoniti di quel rendiconto, e confrontando la sintomatologia sia locale che generale, le curve termometriche, il resultato dell'esame delle orine, la cura suggerita tanto della pneumonite da malaria del Dott. Leoni, quanto di quella osservata fra noi nel 1877-78, e che il Michelacci dice potersi chiamare adinamica, sono venuto nella convinzione che queste due specie di pneumonitidi non siano che una sola e medesima cosa, se si eccettua quel che di speciale proveniente dall'influenza del miasma palustre da una parte e dall'influenza di un'infezione tifica dall'altra, e che specialmente si rende

manifesto nei caratteri febbrili, e generali e dal che deriva qualche differenza nella cura. Credo infine che ambedue sieno flogosi polmonari modificate da particolari condizioni endemiche ed epidemiche, ma in ultima analisi non rappresentino che una forma sola di malattia. L'esito finale è vero sarebbe diverso, giàcchè il Dott. Leoni assicura che la mortalità non è grave nelle pneumonitidi da malaria, mentre le pneumoniti dominate e tuttora dominanti fra noi sono spesso e rapidamente mortali; il che forse potrebbe spiegarsi coll'azione più pronta dell'infezione tifica, e con la più lenta dell'influenza miasmatica.

Il Dott. Levi di Venezia racconta la storia di un empiema sinistro in una bambina di nove mesi curato felicemente prima col votamento per mezzo di un aspiratore, poi con la toracentesi fatta con piccolo trequarti, con l'introduzione successiva di una siringa e poi di un tubo da drenaggio e iniezioni di una soluzione di solfato di soda al 10 °/₀ riscaldata quasi alla temperatura del sangue. Da questa osservazione conclude che nel caso di empiema nei bambini sia buona regola di ricorrere prima al votamento per aspirazione per 1, 2 e 3 volte, e infine se il liquido, continua a riprodursi, e tanto più se diviene fetido e icoroso, si debba incidere, introdurre un tubo di drenaggio e per quello fare iniezioni colla soluzione sopra indicata. Forse la conclusione sarebbe azzardata sopra un fatto unico, ma a buon conto merita di essere ricordata per sperimentarla in casi di simil natura.

Le inalazioni di petrolio fatte tenendo attaccati dei pannilini spruzzati di questo liquido al collo di bambini affetti da tosse convulsiva, avrebbero servito a guarirli nel corso di 10 giorni secondo il Dott. Galassi. Anche questa è osservazione che merita conferma dall'esperienza.

Ed ora entriamo in un campo di lotta moderna dove combattono valorosamente fisiologi e clinici; dove è lotta è facile comprendere che non si trova l'accordo. Osservazioni

recenti e molte alle quali hanno preso parte fisiologi di tutti i paesi avrebbero dimostrato esistere alcuni punti della sostanza grigia del cervello, che eccitati producono mali convulsivi limitati a certi organi, e questi punti furono indicati col nome di centri motori. Sulla natura di questi centri non sono però concordi gli stessi fisiologi; giacchè secondo alcuni il movimento deriverebbe dall' eccitazione della sostanza grigia, secondo altri, fra cui lo Schiff, i moti sarebbero reflessi perchè quei punti sarebbero in rapporto con le parti che presiedono alla sensibilità; mentre infine altri sostengono che l'eccitazione sia solo trasmessa attraverso la sostanza grigia fino alle fibre motrici bianche. Che dicono da un' altra parte i fatti clinici e le osservazioni di anatomia patologica? Gli accessi epilettiformi hanno fornito il materiale di osservazione, ma i fatti non sono molti, nè tali da risolvere la questione. Infatti il Morselli (per stare a ciò che riguarda questo rapporto) nel 1877 stampava una sua conferenza sugli accessi epilettiformi consecutivi a lesioni traumatiche delle circonvoluzioni anteriori del cervello, le cui conclusioni sarebbero che l'epilessia è un sintoma complesso d'origine varia: che talvolta dipende da una lesione delle parti corticali anteriori del cervello, specialmente delle circonvoluzioni fronto-parietali ascendenti, entro una certa zona detta epilettigena, corrispondente in gran parte a quelle circonvoluzioni ove sono i centri motori di Hitzig e di Ferrier. I Dottori Barduzzi e Magi in una memoria sulle localizzazioni nella corteccia degli emisferi cerebrali, riferendo gli studj molto diligentemente fatti in un caso di perforazione del cranio per epitelioma concludono invece: Che il numero grande di esperimenti e i pochi casi clinici veramente chiari e convincenti non autorizzano ad ammettere in modo assoluto l'esistenza di centri speciali nella corteccia cerebrale sieno essi di movimento, sensori, o vegetativi: che l'esistenza di certi rapporti fra la corteccia cerebrale e i gangli ba-

silari è a ritenersi come un fatto dimostrato: che non si può accordare molto valore all'esperienze praticate sugli animali perchè gli studj comparativi dimostrano esistere notevoli differenze anatomiche e funzionali fra il cervello degli animali e quello dell'uomo.

Dunque domanderò a mia volta? Unica conclusione possibile parmi esser quella che l'eccitazione della corteccia cerebrale specialmente di certe circonvoluzioni degli emisferi cerebrali può produrre moti convulsi epilettiformi, ma che ancora resta a provare se ciò avvenga per la sola eccitazione della sostanza grigia o per propagazione che si faccia di essa ad altre parti di quell'intralciato e composto organo che è l'encefalo. Si è infine constatato fisiologicamente, chimicamente, patologicamente un fatto, ma non se ne è data una spiegazione, che possa dirsi assolutamente provata.

Non posso passare sotto silenzio i cenni sulla peste del Generale medico Dott. Manayra, piccola monografia di questa malattia, tratteggiata e descritta col soccorso degli antichi autori che ne discorsero, e delle moderne pubblicazioni sull'ultime epidemie osservate, e specialmente della più recente avvenuta in un distretto della Russia meridionale e specialmente nella borgata di Wetljenka. Parla delle sue varie apparizioni, della sua contagiosità, del modo di propagarsi, del quadro fenomenico che la rappresenta, della cura e dei mezzi di impedirne la diffusione. Non volendo tornare a discorrere dell'efficacia delle quarantene contro i contagi, nè della facilità di limitarne la propagazione sul luogo ove insorgono coll'isolamento, ripetendo ciò che altra volta dissi su tale subietto in una mia breve lettura, mi limiterò a fare una osservazione su quanto afferma il Dott. Manayra, essere cioè il salasso il miglior rimedio per questa infermità. Da vero che dopo aver letto la sintomatologia della peste, questa prescrizione terapeutica mi è sembrata in aperta

contradizione col modo di presentarsi e di decorrere di essa. Ho dovuto dire fra me e me o i sintomi della peste non sono quelli, o la cura più opportuna non può essere il salasso. Infatti la sintomatologia è tale da caratterizzare la malattia per una di quelle da infezione generale gravissima, quasi un tifo portato a un grado estremo di virulenza. Ora non so comprendere, dato che io non mi inganni nell'apprezzamento dei sintomi, come il salasso, oggidì abbandonato quasi affatto anche nelle flogosi più genuine, possa convenire alla cura della peste, alla quale al contrario dovrebbe logicamente convenire una cura tonica, analettica e antizimotica, a meno che il salasso nell'andare in disuso, non abbia fatto il miracolo di acquistare tutte queste virtù curative, che anche nei tempi del maggiore abuso di esso non gli vennero certo attribuite.

PSICOJATRIA.

Due sole memorie ho qui da ricordare, una del Dott. Morselli intitolata, Leucodermia parziale (Vitiligo) degli alienati e una prelezione del Prof. Francesco Bini che ha per soggetto la definizione e la classazione delle varie forme di alienazione mentale. Sulla prima potrei domandare ai dermatologi se veramente l'infermità descritta e illustrata dal Dott. Morselli con belli esempi sia unicamente propria degli alienati, o sia solamente fra essi più frequente. Sulla seconda mi rivolgerò agli specialisti attendendo il loro giudizio su cosa di tanto momento quale è oggigiorno la classificazione delle psicopatie, non senza però dichiarare che la proposta divisione a mio avviso riunisce la semplicità alla chiarezza.

MEDICINA LEGALE.

Due questioni importantissime ha dovuto trattare in questi ultimi anni il Prof. Bini innanzi ai tribunali, e di

queste rende conto in due sue memorie, nelle quali è molta saviezza d'apprezzamento dei fatti resultanti dai processi, e molta ricchezza di osservazioni per le quali si vengono a distruggere e combattere varie idee false che intorno ai matti si hanno non solo dal volgo ma anche da uomini colti. Era Carlino Grandi un uomo da manicomio o da stabilimento penale? In un processo dibattutosi all'Assise nella Città di Livorno si trattava di omicidio come fu ritenuto, o di suicidio come pensava il Prof. Bini? In casi consimili il consultare questi due scritti rispiarmerà molto tempo e fatica. E qualunque possa essere la convinzione individuale bisogna convenire che il Prof. Bini in questi due scritti, non stiracchia la scienza per farla servire ad idee preconcette, ma di quella si serve coll'intendimento di illuminare la giustizia, e per sostenere idee e concetti dei quali apparisce pienamente convinto. Calmo negli apprezzamenti, tranquillo nell'argomentare, non cala fendenti, nè tira stoccate; non combatte cogli aforismi e con le sentenze, ma coi fatti e con le osservazioni raccolte dallo studio e dalla pratica giornaliera dell'uomo che ha perso il bene dell'intelletto e della coscienza.

La relazione del Dott. Domenico Barduzzi al 5° Congresso dei Medici condotti tenuto in Pisa nel settembre 1878 intitolata i periti medici alle Corti d'Assise, porterebbe una vera rivoluzione in ciò che riguarda l'amministrazione della giustizia, proponendo l'abolizione della perizia medica e della denunzia obbligatoria, la istituzione dei periti medici giudiziarii, e oltre a ciò una giurìa speciale, e nei casi controversi un magistrato supremo medico che fosse l'arbitro della questione. Questa conclusione è preceduta dalle seguenti parole: « Non ho certamente preteso discutere questa tesi in ogni sua parte, ma solo ho voluto esporvi quali sarebbero le modificazioni che mi sembrano più necessarie e più urgenti a studiarsi per la tutela della nostra dignità e per il buon andamento della

giustizia. » Veramente nemmeno io ho oramai tempo di discutere a fondo questo importante soggetto e mi limito a poche osservazioni. Col sopprimere la denunzia obbligatoria non si giova al buon andamento della giustizia, perchè talora quella denunzia può essere il primo indizio per porre in avviso l'autorità giudiziaria di un delitto; nè posso convenire che il medico faccia per questo il denunziatore come dice il Barduzzi; per me fa quello che ogni buon cittadino deve; dà conto di un fatto che può essere o no delittuoso, ma che in ogni modo è bene che sia a notizia di chi ha l'incarico di ricercare e punire i delitti. Quanto alle perizie mediche, se per ciò si deve intendere il rendiconto di osservazioni a cui è stato chiamato, sono necessarie perchè forniscono l'elemento primo per procedere nel giudizio. Che queste perizie sieno talora fatte male, che diano luogo poi a discussioni pubbliche che potrebbero evitarsi è certo, e ho detto molte volte il perchè, ma la soppressione di queste non gioverebbe nè alla dignità del medico, nè all'andamento della giustizia. In quanto alla giuria medica, potrei forse rivendicarne la priorità; basterebbe tornare colla mente alla mia lettura sul criterio per giudicare della gravità delle ferite, memoria che conta qualche anno; ma la giuria fù giudicata allora cosa non pratica, nè attuabile. Del resto poi si persuada il Dott. Barduzzi che nelle discussioni legali mediche molti degli inconvenienti che si verificano dipendono dagli stessi medici periti, i quali ancora non hanno inteso che in quelle bisognerebbe sempre stare al fatto, adoprando della scienza solo quanto basta per illustrarlo e dilucidarlo; bisognerebbe che i periti stessi si limitassero a fare da medici e non si atteggiassero ad avvocati, e senza sposare nè la difesa nè l'accusa illuminassero la giustizia fin dove la scienza lo permette, ma non trascinassero questa nel fango col volere talora provare ciò che non è, o sostenere ciò che è assurdo. In una cosa convengo

col Barduzzi che uno dei più grandi errori sia quello di chiamare i periti in giudizio all'improvviso e senza sapere nè conoscere di quale operazione da loro eseguita si tratti, o quali questioni vi si debbano agitare.

IGIENE.

Niente mi offre di particolare e di nuovo. Solamente per quanto l'argomento sarebbe più di chirurgia militare che d'igiene, ricorderò un rapporto del Dott. Felice Baroffio sopra una conferenza del Capitano medico Dottore Luigi Gottardi intorno la composizione dei convogli spedali. Il Gottardi non osa di proporre la costruzione di carri o vagoni appositamente costruiti a tale scopo, e vorrebbe solamente obbligare le direzioni delle ferrovie a seguire nella costruzione di essi certe date norme, e ad aggiungervi certi accessori per poterli prontamente trasformare in vetture spedali. Io invece sarei d'avviso che o per iniziativa del governo, o per iniziativa privata, o per il concorso riunito del governo e di una società permanente di soccorso ai feriti, dovrebbe aversi il coraggio e la previdenza di costruire vagoni e carri ad uso di trasporti di feriti, secondo quelle norme che la pratica di altri paesi che ci precederono suggerisse, perchè essi devono avere condizioni speciali di costruzione, di riunione e di comunicazione affatto proprie e particolari quando si voglia raggiungere lo scopo. Questi vagoni in tempo di pace dovrebbero essere suddivisi e conservati nelle principali stazioni, per essere impiegati al trasporto di malati o di feriti dietro richiesta privata, e utilizzati in qualcuno di quei disastri ferroviarii che talora si verificano anche fra noi. In tempo di guerra poi passerebbero a far parte del materiale d'ambulanza.

FISIOLOGIA E ANATOMIA.

Varie memorie ho ricevuto in quest'anno d'argomento fisiologico e anatomico nell'esame delle quali non mi è possibile di entrare visto il tempo che stringe: fra le più importanti accennerò gli studii del moto psichico e della coscenza del Dott. Alessandro Herzen, la memoria del Dott. Tafani sull'organo del tatto studiato nell'uomo e in altri vertebrati, quella del Prof. Romiti sulla struttura della placenta umana e più specialmente sulla natura del rivestimento del villo placentale.

COMMEMORAZIONI

Prof. ANTONIO MARCACCI.

Nel Corriere dell'Arno 21 settembre 1879 si leggono le seguenti parole: « ogni giorno muore una parte di noi, « poichè la vita umana non è soltanto una serie di feno- « meni fisici che dalla creazione arrivano fino alla distru- « zione dell'organismo individuale: la vita è una per la « umanità intiera, per le generazioni che abitano la faccia « del mondo, e forse la miglior parte di noi stessi vive « e muore negli altri e cogli altri, cui ci legano affetti, « memorie e consuetudini dolcissime. » È bene per questo che nelle associazioni scientifiche usa commemorare i soci defunti. È bene per questo che debbo oggi non tesservi la vita ma a semplici e brevi tratti ricordarvi alla memoria due colleghi carissimi che ebbero parte non poca nel

movimento scentifico dell'epoca nostra, e che servono di anello di congiunzione fra una generazione che passa e una che ne raccoglie l'eredità.

In Vicarello l'anno 1818 nasceva il Prof. Antonio Marcacci, che nel 1839 nel Pisano Ateneo prendeva la laurea medica, per poi nel settembre dello stesso anno dal collegio medico fiorentino ottenere la matricola medica e la chirurgica come era allora costume. La sua carriera medica e scientifica si svolse tutta nella città di Pisa, ove esercitò l'arte sua, e nella cui Università lungamente insegnò. Chirurgo astante negli spedali Pisani nel 1842; aiuto alla clinica chirurgica del Prof. Regnoli dal 1844 al 47; professore di anatomia umana da prima, e nel 1849 di patologia chirurgica subentrando al Prof. Ranzi chiamato a Firenze.

In questi due insegnamenti ebbi la fortuna di averlo maestro durante i miei studii universitarii, e lo ricordo ancora, come se egli mi fosse presente. Statura media, colorito tendente al terreo, occhio dolce e tranquillo, faccia allungata, fisonomia sorridente, modi piacevoli; tenacità di propositi unita a estrema modestia; gesto sobrio; parola alquanto monotona, ma pronta, direi quasi irrompente precipitosa senza danno dell'ordine e della chiarezza dello esporre: in cattedra era paragonabile a un torrentello gonfio di acque limpide, e scorrenti mantenute da una fonte sempre fresca e inesauribile.

La sua vita non fu certo lunga, ma sempre operosa. Senza essere un genio, seppe perseverare nello studio per tutta la vita e seguire i progressi della scienza che insegnava senza addormentarsi sotto gli allori di una posizione presto acquistata. Ebbe un cuore eccellente per cui l'arte esercitò con decoro, e con amore, e Pisa lo rimembrerà ancora lungo tempo come uno dei migliori chirurghi, che sanno unire l'arditezza alla prudenza, il sangue freddo all'amore dell'umanità sofferente.

Cittadino amò la patria, e ancorchè già una famiglia gli sorridesse all'intorno e lo carezzasse delle sue gioie, il battaglione universitario lo vide fra i suoi luogotenenti, intrepido al fuoco, amoroso e sollecito coi feriti.

Scienziato lasciò pochi scritti, che pure bastano ad attestare, come fosse diligente osservatore, e dotato di un criterio giusto col quale sapeva sceverare il buono dal cattivo, per farne pro nella pratica e nell' insegnamento.

Fino dal 1843 pubblicava la sua memoria sul meccanismo dei moti del petto, osservazioni ed esperienze in alcuni mammiferi; ove è una descrizione anatomica dei muscoli intercostali esterno ed interno, e del triangolare dello sterno, alla quale succedono le esperienze per provare quale sia l' azione di questi muscoli nei moti specialmente di inalzamento e abbassamento del torace. Per questa memoria ebbe a sostenere una polemica col Prof. Filippo Pacini il quale si fece a sostenere idee differenti.

Pubblicò pure una memoria sull'operazione dell' empiema, un' altra sui tumori erettili curati con la corrente elettrica; una sull'enfisema cancrenoso delle parti non mortificate e come e quando possa controindicare l' amputazione di un arto sfacelato, nella quale conclude per un fatto proprio, come per altri fatti raccolti da autori « che « la pratica dell' amputare, anche nel caso di processo « cangrenoso precorso dall'enfisema, sia fondata sopra « giusti principii. »

Ma più interessante è l' altro scritto che ha per titolo frammenti sugli aneurismi spontanei pubblicato nell'anno 1857, nel quale dopo aver passato in rivista i varii metodi di cura, si domanda « avremo dunque nel « metodo irlandese (ossia nella compressione indiretta, « parziale e alternata), un mezzo di cura per tutti gli « aneurismi? » E dopo aver risposto di no perchè certe località non vi si prestano soggiunge: « ecco la necessità « di fare studio diligente dell' individualità patologiche

« per applicare ai singoli casi quella forma di terapia « che meglio le convenga. » Avvertenza molto savia in chirurgia ove lo sposarsi esclusivamente di un metodo, e di un processo è spesso errore grave e fatale, che procura disinganni al chirurgo e sventura agli infermi.

Un' altra memoria pubblicò nel 1869 sulla tracheotomia nel croup, nella quale, dopo avere accennato le opinioni diverse avute dai chirurghi sulla sua applicabilità, osserva come al pratico manchi una guida sicura per eseguirla nell' affezione cruppale, e fa voti perchè una larga serie di osservazioni vengano a sciogliere definitivamente la questione, in modo da dare al chirurgo un criterio sicuro per appigliarvisi con tranquillità di coscienza e con fondata speranza di successo. Questo voto non è forse fino a qui esaudito, perchè ancora non si sa bene in quali casi la tracheotomia abbia a farsi ed in qual momento, e perchè solamente ad essa si ricorre come a rimedio estremo, per evitare la morte da soffocamento, senza sapere se essa sarà evitata.

Dal 1860 al 1863, diresse la ristampa e continuò l'opera di patologia chirurgica e di medicina operatoria dei Prof. Ranzi e Regnoli.

Egli seguitò nell'insegnamento fino alla fine dell'ultimo anno scolastico, e mentre era in Vicarello paese natale a ritemprare le forze per proseguire nella sua vita operosa e benefica, grave si manifestò il morbo epatico che forse da tempo latente in lui si nascondeva, e in poco tempo fu tolto agli amici moltissimi che ebbe, ai colleghi di università che lo rispettavano ed amavano, alla famiglia che l' adorava e a cui rispondeva di pari affetto, all' insegnamento ed all'esercizio nei quali era stato infaticabile.

Fu cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro; socio di varie accademie, e della nostra corrispondente.

Della nobile, e certo non ingloriosa schiera di uomini illustri che mi guidava nei primi passi della scienza in Pisa

e in Firenze era uno dei pochi superstiti. Ora anche egli è disceso nella tomba, sulla quale non senza dolore ho dovuto spargere un fiore, umile sì, ma accompagnato da quell' affettuosa riconoscenza che ai maestri lega i discepoli.

Prof. CARLO MORELLI.

Fra il Morelli e il Marcacci sono alcuni punti di contatto. Questi per dolcezza di carattere, affabilità di maniere, e diligenza nell'esercizio privato, fu caro alla città di Pisa; quelle medesime doti resero popolare in Firenze il Dott. Morelli fin dalla sua prima gioventù. L'uno nel campo chirurgico, l'altro nel medico, nell'igienico, nel forense e nell'educativo seguirono sempre quel metodo che fa precedere l'analisi alla sintesi, il fatto alla teoria. L'uno modestamente nell'insegnamento al quale presto salì, l'altro molto più con la penna recarono non poco lustro alla scienza. Nati a due anni di distanza, morti nell'anno medesimo e nel medesimo mese, seppero farsi largo più per merito proprio che per cercata protezione.

Il Morelli per altro era una mente più larga; aveva erudizione più estesa; attitudine a spaziare in campi diversi e in orizzonti più vasti; era infine un'individualità più spiccata di quella del Marcacci, talchè riesce certo più difficile, in brevi parole, il dipingerlo e lumeggiarlo come si converrebbe, e come ne avrei desiderio.

Egli nasceva in Campiglia Marittima il 16 dicembre 1816 da padre medico, più ricco di famiglia che di averi, il quale non senza proprio sacrifizio avviò il figlio agli studii, e lo mantenne in Pisa, ove al Prof. Savi parve prometter tanto che gli ottenne un posto governativo. Laureatosi in Pisa nel 1839 si matricolò in medicina nel 1841. Fu quindi medico astante in S. M. Nuova, e poi medico curante nell'Arcispedale medesimo, ove tenne sempre con diligente solerzia e con profitto di chi lo seguiva un

turno medico. Numerosa e scelta clientela ebbe subito nel suo esordire, ed in mezzo alle non poche occupazioni di essa presto il suo nome si fece vivo nella medica letteratura con varii scritti sovra importanti subietti, svolti con eleganza di dettato e con ricchezza di concetti, in parte attinenti alla medicina forense, in parte a quella pubblica. E fra questi suoi giovenili lavori spicca per novità d'idee e per importanza quello che porta per titolo: *Della scienza Psicologica in rapporto alla legge;* nel quale, come dice il Dott. Stacchini nel cenno necrologico di questo illustre collega, cenno che mi permetto di saccheggiare, si parla per la prima volta dei manicomi criminali, e si accenna la necessità di separare dai delinquenti comuni coloro che commisero qualche delitto sotto l'influenza di aberrazioni mentali.

Nel 1855, tornando da Volterra ove per incarico del Governo Granducale venne invitato a visitare il carcere e a referire sulle condizioni igieniche dei reclusi, tenne per qualche tempo la cura delle malate cutanee in Santa Lucia. Qui apparve nel Morelli quella speciale attitudine, non troppo comune, o almeno non sempre fonte di prosperi successi, di applicarsi e riuscire a branche diverse dello scibile, sapendo trar partito dalle occasioni che gli si offrivano per raccogliere fatti, ordinarli, studiarli e dedurre. Difatti debbonsi a questa attitudine il suo lavoro sulla pellagra nei rapporti sociali, e la sua opera sulle malattie della pelle, pubblicata nel 1863 quando già era tornato al turno medico in Santa Maria Nuova, ma certo molto prima concepita, e incominciata coi fatti raccolti nel tempo che attese a quella specialità nello Spedale di Santa Lucia.

Sempre attivo e intraprendente, non contento dell'esercizio privato ed ospitaliero, dedicò la sua mente, e la facile penna al giornalismo come fondatore in unione di altri medici del Giornale *Il Tempo*, come direttore della

Cronaca medica, come scrittore nello *Spettatore*, negli *Annali di Milano*, nella *Temi*, nella *Nazione* nei quali apparvero molti suoi pregevoli scritti.

Nell'anno 1860 fu nominato professore supplente di Storia della Medicina, e nel 1861 nell'Aula Magna della nostra scuola lesse la prelezione al corso che si era proposto di dare. Ma quell'insegnamento nacque di mala vita e morì appena emesse il primo vagito. Perchè? Per una di quelle ragioni che non s'intendono così facilmente, e che forse ne nascondono altre. Dopo essersi infatti creato l'insegnamento di storia della medicina, anzi averlo da Pisa trasferito in Firenze, fu stabilito che questo insegnamento non fosse obbligatorio per i giovani praticanti in questa scuola. — Singolar cosa davvero! — Non importa forse conoscere il passato di una scienza che siamo chiamati a coltivare? Basta saperne quanto ne vocifera o quanto ne insegna il presente? È inutile affatto conoscere per quali vie, per quali controversie, per quali peripezie, traverso quali ostacoli potè vivere, tramutarsi, diffondersi meglio-rarsi fino ad oggi? Per opera di chi specialmente in questa lunga vita rifulse di luce più viva? E pure parrebbe che si fosse pensato bastare che si sappia che vive oggi e che avendo alquanto di senno, e un poca di fortuna può darci il pane quotidiano. Ciò, non lo nego, parmi assurdo e incredibile, tanto che è da supporre che tale disposizione dovesse avere qualche altra cagione forse meno bella, meno logica se è possibile, ma più vera, e più occulta. Il fatto è che non essendo obbligatorio l'insegnamento al quale era chiamato, i giovani non se ne curarono, perchè fra noi pare che ancora sia buona massima quella di studiare solamante ciò a cui ci obbligano, e mancando al Prof. Morelli uditori, e repugnandogli di avere una paga e una cattedra senza cura, offerse le sue dimissioni che vennero nell'anno 1863 accettate. Nell'anno stesso pubblicava però i suoi prolegomeni alla storia della

medicina e col darli alla luce volle forse dimostrare che già aveva posto il pensiero a corrispondere degnamente all'incarico avuto, e invero, se il Dott. Morelli non salì la cattedra, non gli mancavano nè ingegno, nè studii, nè parola per tenerla con onore.

Dal 1866 al 70 abbandonò la vita medica per dedicarsi alla pubblica, come deputato, nel quale uficio portò la diligenza consueta, e pose in opera le forze intellettuali che aveva e il tesoro delle cognizioni acquistate, occupandosi specialmente dell'istruzione, e delle colonie agrarie del Regno che visitò, presentando infine una relazione al Ministero, dopo la quale fu nominato Cav. della Corona d'Italia, mentre fino dal 1863 lo era dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Tornato alla vita privata si occupò ancora con amore della istruzione, degli ospedali e più specialmente dei nostri, ove riprese l'esercizio medico, e infine del convitto d'Assisi del cui comitato fu presidente; di questo potè vedere l'apertura, in occasione della quale fu nominato Commendatore della Corona d'Italia e proclamato benemerito cittadino del comune d'Assisi.

Una grave, lenta e dolorosa malattia che lo colpì sul finire dell'anno 1877, lo tolse alla famiglia, agli amici e ai colleghi il 13 settembre 1879.

Due cose distinguevano il Morelli, la tenacità dei propositi, e la fermezza nelle proprie opinioni che sapeva sostenere a viso aperto colle parole e con la penna, pur sapendosi nella polemica mantenere in quei limiti di urbanità che giovano a fare valere e apprezzare le proprie opinioni.

Così, sulla guida e più brevemente del Dott. Stacchini, io non vi ho nemmeno abbozzato la vita del Dott. Morelli che fu nostro socio e Segretario degli Atti per qualche tempo. A renderlo intiero, a giudicarlo completamente, ad apprezzane i meriti del cuore e della mente, occorre-

rebbe scrutarlo, attentamente studiarlo e discuterlo in ogni pagina dei suoi scritti, nel concetto che li ha inspirati, nel modo con cui sono svolti e condotti. E questa non può essere opera che di una mente più vasta, e di una penna più erudita e spero che sarà fatto, contentandomi intanto di avere ricordato a voi, per quanto a me non spettasse, un illustre collega il quale può dirsi avere solamente avuto dalla sua questi due santi protettori, il proprio ingegno e la propria operosità, la quale non si smentì nemmeno nelle brevi tregue della sua non breve malattia.

Dott. R. Zannetti.

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI

INVIATE IN DONO ALLA SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1879

Accademia medica di Roma. Atti. Anno 1879.
— medico-chirurgica di Napoli. Rendiconti delle adunanze e lavori. Anno 1879.
— medico-chirurgica di Modena. Atti. Anno 1879.
ALESSANDRI Prof. EMILIO. Di alcune acque minerali sorgive della Toscana. Milano 1878.
— Analisi delle acque salmo-magnesiache del Debbione. Livorno 1878.
— Della fabbricazione dell'amido di Riso e impiego dei residui per la produzione d'ingrassi. Prato 1878.
— Il Mesembrianthemum Crystallinum che si coltiva sulle spiaggie della Sicilia e la soda naturale. Torino 1877.
— Della fabbrica dell'acido tartarico. Torino 1877.
— Delle decolorazioni degli olii mediante l'ozono. Livorno 1875.
— Studii di farmacologia (fascicoli 2). Livorno 1875.
— Le acque potabili della città e contorni di Livorno. Prato 1879.
Associazione nazionale dei medici comunali. Bullettino n° 12.
BANTI Dott. GUIDO. Le cellule piane di connettivo nei loro rapporti colle neoplasie inflammatorie e cellule gigantesche. Firenze 1879.
— Contributo allo studio delle pneumoniti da infezione. 1879.
BARDUZZI Dott. DOMENICO e MAGI Dott. Sulle localizzazioni nella corteccia degli emisferi cerebrali. Milano 1879.
BARDUZZI Dott. DOMENICO. Quadri statistici della clinica chirurgica di Pisa diretta dal Prof. Pasquale Landi. Pisa 1879.
— I periti medici alle corti d'Assise. Pisa 1879.
BAROFFIO Dott. FELICE. Cenni delle imperfezioni della vista dal punto speciale dell'attitudine al servizio militare e sui mezzi per constatarli e misurarli. Roma 1879.
— Rapporto alla R. Accademia di Torino sulla conferenza fatta dal Capitano Medico Dott. Luigi Gottardi sulla composizione dei convogli spedali. Torino 1879.
— L'Omeopatia alla esposizioue di Parigi.

Belluzzi Dott. Cesare. Operazione cesarea seguita da sutura uterina con esito felice per la madre e per il figlio. Bologna 1879.

Berruti Dott. Giuseppe. Relazione sull'ospizio marino Piemontese.

Biechy Dott. E. D'une révolution dans les constitutions médicales et dans la méthode thérapeutique durant le cours du siécle actuel (M. S.).

Bini Prof. Francesco. Se vi sia nel caso tentativo di suicidio o di omicidio considerazioni medico-legale. Reggio Emilia 1879.

— Perizia medico-legale nel processo contro Carlino Grandi. Reggio Emilia 1878.

— Definizione e classazione delle pazzie; prelezione al corso clinico. Firenze 1879.

Bizzarri Dott. Alessandro. L'olio d'oliva, sua estrazione, chiarificazione; mezzi per constatarne la purezza ec. (3ª Ediz.). Firenze 1879.

Borgiotti Dott. Amerigo. Parole pronunziate sul feretro del Dott. Conte Ugo Giglioli. Firenze 1879.

Bos Dott. Alfonso. Soccorsi agli asfittici, traduzione dal francese con note del Dott. Sassi. Poggibonsi 1879.

Bosch Dott. Vanden. Description d'un monstre double. Bruxelles 1879.

Bosi Prof. Luigi. Opere minori. Livorno 1879.

Brigidi Dott. Vincenzo e Tafani Dott. Alessandro. Leucocitemia e linfoma maligno. Firenze 1879.

Ceccherelli Dott. Andrea. Sulla patogenesi e terapeutica del cancro. Firenze 1879.

Celoni Dott. Pietro. Sopra un caso di iperpiressia nel corso di una poliartrite reumatica, e considerazioni sull'essenzialità della miliare. Bologna 1879.

— Sopra un caso di pleurite a sinistra con versamento e di pericardite per reumatismo acuto poli-articolare.

Felici Luigi. Dei calcoli fissi della vescica. Ancona 1879.

Galassi Professor Luigi. Sulla Terapia della febbre ricorrente miasmatica. Roma 1879.

Gazzetta del Manicomio di Macerata. Alcuni numeri.

Grazzi Dott. Vittorio. Confronti e analogie fra l'organo della visione e quello dell'udito. Firenze 1879.

— Hygiene of the sea, transleated from the Italian by Frederich W. Wright. London.

— Le istituzioni e gli oggetti di salvataggio e di soccorso agli asfittici. Firenze 1879.

Herzen Prof. Alessandro. Il moto psichico e la coscenza. Firenze 1879.

Journal d'Hygiéne. Paris 1879.

Jullien Dott. Louis. De la trasfusion du sang. Paris 1875.

— Récherches statistiques sur l'étiologie de la siphilis tertiaire. Paris 1874.

— De l'amputation du penis. Paris 1873.

— Traité pratique des maladies venériennes. Paris 1879.

Lanini Dott. Antonio. Reminiscenze e pensieri di un vecchio medico condotto. Firenze 1879.

Leoni Dott. Ottavio. Indirizzo alla diagnosi e alla cura della pneumonite da malaria. Roma 1878.

Levi Dott. M. R. Due casi di sifilide cerebrale. Venezia 1879.

— Cura rapida e felice di empiema sinistro in una bambina di nove mesi. Firenze 1879.

Macari Prof. Francesco. Deontologia ostetrica. Genova 1879.

Mackenzie Prof. Morell. Difterite, natura, terapia, varietà e manifestazioni locali. Traduzione del Dott. Vittorio Grazzi. Roma 1879.

Manayra Dott. P. E. Cenni sulla peste. Roma 1879.

Marcacci Dott. Giorgio. L'acido crisofanico nella cura di alcune malattie della pelle. Firenze 1879.

— Nuovi fatti in prova dell'esistenza di un albuminuria fisiologica. Firenze 1879.

— Di un raro esempio di fibroma mollusco. Milano 1879.

Michelacci Dott. Michele. Clinica medica diretta dal Prof. Pietro Burresi, rendiconto sommario dell'annata 1877-78. Firenze 1879.

Morreale Ettore. L'acqua emostatica nelle arterie ferite di grosso calibro. Palermo 1879.

Morselli Dott. Enrico. Sugli accessi epilettiformi consecutivi a lesioni traumatiche, conferenza clinica. Firenze 1877.

— Leucodermia parziale (Vitiligo) degli alienati. 1878.

Orosi (L') Giornale di farmacologia. 1879.

Pacini Prof. Filippo. Del processo morboso del Colera Asiatico, del suo stadio di morte apparente e della legge matematica da cui è regolato. Firenze 1879.

Pellizzari Dott. Celso. Della sifilide cerebrale ed in particolare delle lesioni arteriose ec. Firenze 1877.

— Il Tayuya come antisifilitico. Firenze 1878.

— Della sifilide epilettiforme. Firenze 1879.

Revue médicale Rumaine. N° 2, 10 giugno 1879.

Riccardi Dott. Paolo. Di alcune notizie riguardanti gli organi genitali femminini e esterni nell'uomo e negli animali. Modena 1879.

Rizzoli Prof. Francesco. Della litrotipsio-cistotomia nei grossi calcoli vessicale e di un dito metallico per alcuni casi di cistotomia. Bologna 1879.

— Emostasia diretta nella cura di aneurismi traumatici, e di ricorrenti emorragie per ferite ed ulcerazioni di arterie degli arti toracici. Bologna 1878.

Romiti Prof. Guglielmo. Di una trapanazione del cranio per accessi epilettici consecutivi a lesione della testa. Bologna 1878.

— Sulle localizzazioni cerebrali. (Nota clinica). 1879.

— Il sistema linfatico degli organi chilopojetrici.

— Della ipoplasia vasale della donna in rapporto colla clorosi. Firenze 1879.

— Varietà anatomiche. (Dall'Archiv. delle Sc. Med., III).

— Sulla struttura della placenta umana ec. Siena 1880.

Roster Dott. Giorgio. Sull'acido litofellico e sopra alcuni litofillati. Firenze 1879.

— Sopra un nuovo acido organico, acido litolibico che si trova nei Bezoari orientali insieme al litofellico. Firenze 1879.

TAFANI Dott. ALESSANDRO. L'organo del tatto studiato nell'uomo e negli altri vertebrati. Firenze 1879.

TESTI Dott. ALBERICO. Le indicazioni dell'enteroclismo nella chiusura delle intestina. (Raccoglitore Medico 1879).

VERSARI Prof. CAMMILLO. L'addio alla mia Scuola di patologia generale, o ultimi ricordi ai suoi amati discepoli. Forlì 1878.

— Antica inedita prolusione sulla gratitudine in genere. Forlì 1879.

WASSEIGE Dott. AD. Trois nouvelles observations de laminage de la tête foetale. Bruxelles 1879.

— Essai pratique et appréciation du forceps du D. Tarnier. Liege 1879.

WELPONER Dott. EGIDIO. Contribuzione alla statistica dell'Ovaro-isterotomia cesarea (Metodo Porro). Firenze 1879.

ZANNETTI Prof. ARTURO. Descrizione di alcuni avanzi umani raccolti alla Galita. (Annali del Mus. Civ. di St. nat. di Genova, vol. 15°, 1880).

ZANNETTI Dott. RAFFAELLO. Rapporto accademico dell'anno 1878. Firenze 1879.

Il Segretario delle Corrispondenze
DOTT. R. ZANNETTI.

INDICE

Settima adunanza pubblica del dì 22 giugno.

Ottava adunanza pubblica del dì 20 luglio.

Nona adunanza pubblica del dì 14 settembre.

Decima adunanza pubblica del dì 16 novembre.

Uundicesima adunanza pubblica del dì 28 dicembre.

Adunanza solenne del dì 22 febbraio 1880.

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

PUBBLICATI

PER CURA DEL SEGRETARIO

Dott. CELSO PELLIZZARI

ANNI 1880 — 1881
1881-82

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
—
1882

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

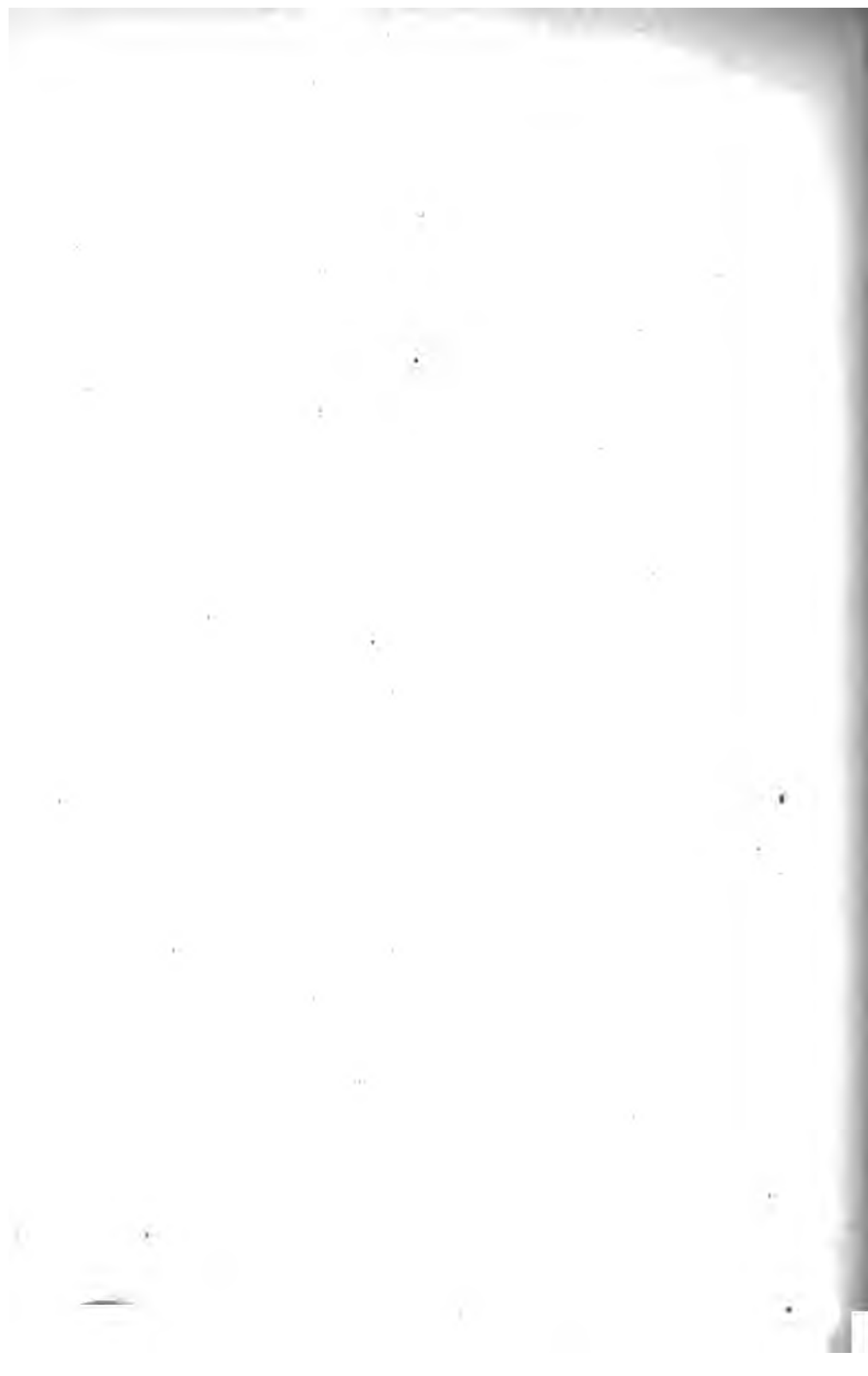
FIORENTINA

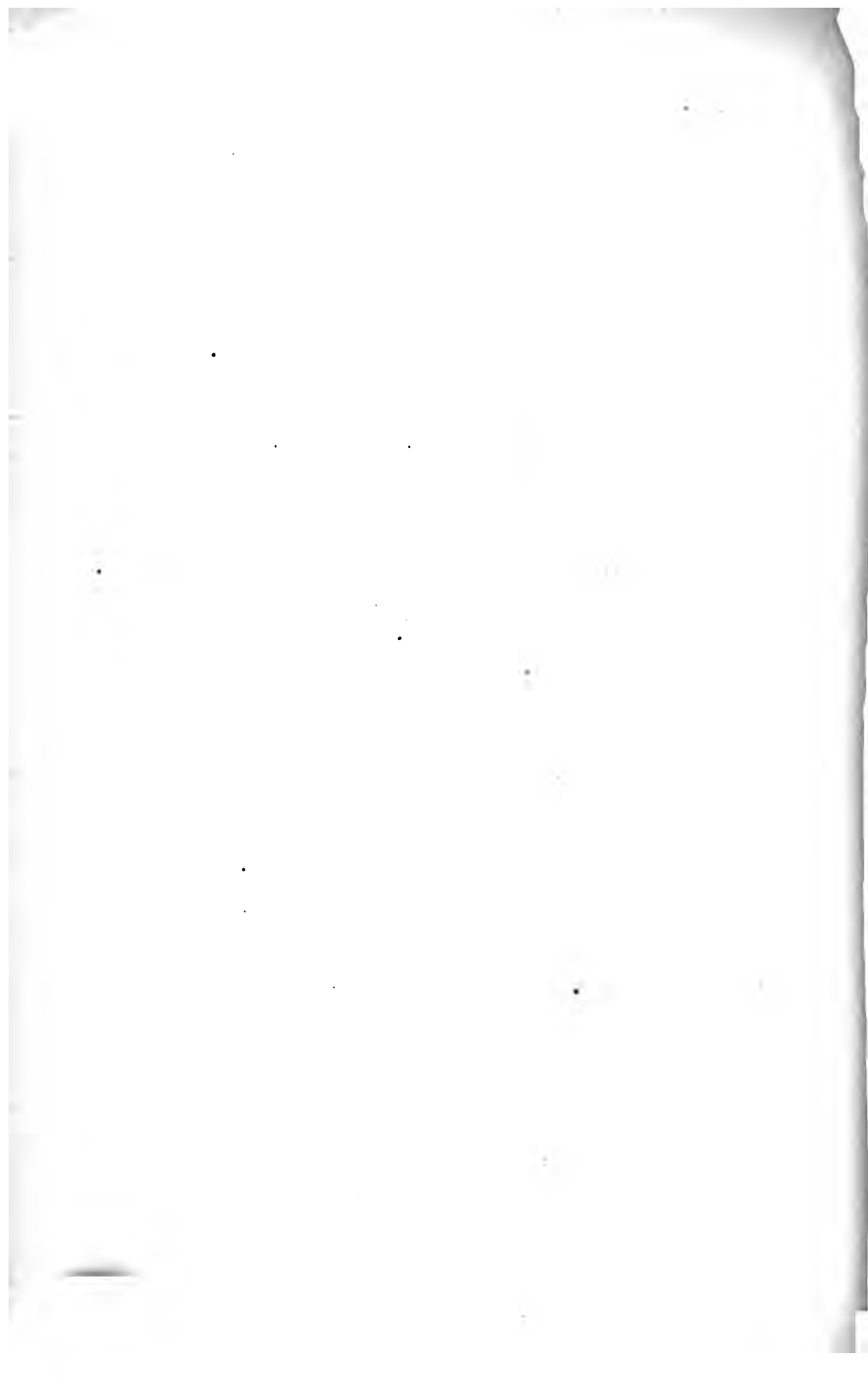
PUBBLICATI

PER CURA DEL SEGRETARIO

Dott. CELSO PELLIZZARI

ANNI 1880 — 1881
1881-82

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
—
1882

ANNO ACCADEMICO 1880

Presidente,	**Prof. PIETRO BURRESI**
Vice-Presidente,	**Dott. VINCENZO BRIGIDI**
Segretario,	**Dott. TOMMASO TOMMASI**
Vice-Segretario,	**Dott. CELSO PELLIZZARI**
Segretario delle Corrispondenze,	**Dott. RAFFAELLO ZANNETTI**

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 11 GENNAIO 1880.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, *vice Presidente.*

Sono presenti i soci conservatori Dottori Simi, Marcacci, Pellizzari Celso, Zannetti Raffaello, Banti, Bertini, Grilli, Grassi, Faralli, Ceccherelli, Filippi, Turchini, Tafani, ed il Segretario degli Atti.

Il socio Dott. Andrea Simi legge sopra *un caso di oftalmia purulenta, nel quale vi fu distruzione e rigenerazione del tessuto della cornea.*

Espone la storia di un caso importante di malattia oculare, nel quale egli crede di aver ottenuta la riproduzione di una estesa porzione di tessuto cheratico.

Il Dott. Simi esordisce con l'accennare, che per gli studii di molti oculisti, e specialmente per quelli del Prof. Castorani, fu messo in chiaro, (ed il Simi stesso ebbe occasione di constatarlo in alcuni ammalati suoi) che le perdite della sostanza della cornea possono rimarginare e con tessuto trasparente capace di funzione refrattiva, presso a poco eguale a quello della cornea. Di più non può dire: perchè nè il Castorani nè lui hanno potuto dimostrare con il microscopio che il tessuto della cicatrice traspa-

rente abbia i caratteri istologici propri del tessuto cheratico. Utilizzato questo fatto per guarire le macchie della cornea che venivano distrutte col caustico o col coltello, veniva da sè che si cercasse di applicarlo alla cura di quelle ulceri, alle quali, infine de' conti, si riducevano le macchie suddette dopo cauterizzazione o dopo escisione. Il Dottor Simi distrusse già le pareti anteriori di un ascesso e medicò il fondo di questo in modo da avere una cicatrice trasparente. Ma dando a questa maniera di cura una estensione maggiore, in un caso di rammollimento e purulenza della cornea per oftalmia purulenta, ebbe pure buon resultato. L'Autore dice che la cornea era rammollita a segno che alcuni frammenti potevano asportarsi fregandoli con l'apice di un rotolino di carta. Ed egli ciò fece: asportò tutta la cornea ammalata; mise allo scoperto la membrana del Descemet e non si arrestò finchè rimase del tessuto ammalato.

Primo fatto di grande importanza. Una volta tolto il tessuto mortificato, il Dottor Simi proponendosi la nettezza della parte, e di sottrarre il tessuto cheratico rimasto, e quello che poteva nuovamente formarsi, alla influenza del secreto congiuntivale e sottrarlo pure a tutte le influenze che si cerca evitare colla così detta medicatura *asettica*, medicò con acido fenico, e vide con prontezza e direbbesi con celerità empirsi l'ulcerazione con un tessuto nuovo, trasparente, e con tutti i caratteri macroscopici del tessuto cheratico.

L'osservazione del Dott. Simi non è completa, perchè egli non ha potuto medicare il malato fino alla fine, dovendo questi per la sua qualità di militare entrare all'Ospedale. Ma, ciò nonostante, il caso ha tanto valore, da impegnare i pratici ad entrare in questa via. Perchè, non solo non si ebbe rottura della camera anteriore, produzione di stafilomi o simili, ma le lesioni della cornea si arrestarono prestamente, là ove erano giunte quando

questa ardita medicatura fu messa in pratica. Ed aggiungasi pure che un'attivo movimento di cicatrice trasparente erasi iniziato.

Se con il resto della cura l'infermo potrà giungere ad una guarigione perfetta, questo caso segnerà certamente un progresso nella cura delle malattie della cornea: ma perchè tanto possa avvenire, secondo il Dottor Simi, converrà una cura che quando non fosse praticata comprometterebbe l'esito della cura già fatta, la quale, d'altronde non dovrebbe tenersi come compromessa da un esito che non fosse la rigorosa conseguenza del metodo sopradetto.

Il socio Dott. Celso Pellizzari legge una memoria *sopra una speciale forma eruttiva dovuta allo ioduro di potassio*.

Dopo poche parole intorno alle forme patogenetiche iodiche più conosciute ed alle eruzioni nuovamente studiate, riporta il caso che lo spinse a fare una tale comunicazione. La storia concerne un sifilitico da varii anni, nel quale esisteva una eruzione papulo-tubercolosa ed era perciò curato con bioduro idrargirico e ioduro di potassio. Sotto l'influenza di questo medicamento si ebbero contemporaneamente: delle papule larghe ed aventi a comune alcuni caratteri della papula orticata del Fischer, ed insieme quelli della talengettasica dello Zeissl; delle larghe ampolle che meritarono il nome d'eruzione rupioide, ed infine dei noduli d'indurimento pastoso sottocutaneo i quali fecero capo alla suppurazione e quindi ad impiagamenti profondi. In questo individuo tali eruzioni si accompagnarono con una febbre avente tutti i caratteri d'una febbre da infezione e cederono semplicemente dopo cessato l'uso dell'ioduro di potassio. Preso a più riprese e con intervalli di tempo svariatissimo il medicamento, si notò la ricomparsa della febbre e dei noduli d'indurimento sottocutanei.

Il Dott. Pellizzari ravvicina questo caso tipico ad un altro in cui egli notò questi nuclei accompagnati da febbre una sola volta ed a due casi identici comunicatigli verbalmente dal Prof. Pietro Pellizzari; e non esita ad ammettere che in questi individui pure si sarebbero avuti gli ascessi secondarii qualora si fosse continuato l'uso del medicamento. Egli crede che questa forma, non descritta da alcun dermatologo, sia molto dissimile dal foruncolo e dall' ascesso cutaneo che il Bazin considera come una esagerazione della forma acneica.

Il Dottor Michele Michelacci legge una sua memoria, *sopra l'efficacia dei clisteri nutritivi*, citando alcuni casi da lui osservati nella Clinica Medica Fiorentina, nei quali appunto la nutrizione potè esser mantenuta, mercè l'uso di clisteri composti di carne emulsionata dal succo pancreatico, secondo le formule più recenti. Tali clisteri non arrecarono disturbi notevoli; ma avvantaggiarono assai le condizioni dei malati, che aumentarono alquanto nel peso del corpo e presentarono anco un aumento di urea nelle orine.

Nessuno prendendo la parola sopra alcuna delle tre comunicazioni la seduta è sciolta.

Il Vice-Presidente
Dott. V. Brigidi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 11 APRILE 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. Burresi, *Presidente*.

Sono presenti il Vice Presidente Dott. Brigidi, il socio emerito Prof. Giorgio Pellizzari ed i soci conservatori Professori Paoli, Paganucci, Romiti, Filippi e i Dottori Banti, Tafani, Grassi, Pellizzari Celso, Grilli, Urbino, Faralli, Ceccherelli, Simi, Bertini, Del-Greco, ed il Segretario degli Atti.

Apre la Seduta il nuovo Presidente, Prof. Pietro Burresi, indirizzando ai Soci i suoi vivi ringraziamenti per averlo eletto a dirigere una Società così benemerita del progresso scientifico, e testimoniando pubblicamente gratitudine e riconoscenza al Prof. Giorgio Pellizzari che per lunga serie di anni avevala meritamente presieduta, mantenendola sempre nella via della vera scienza e del progresso. Ricorda le fasi principali della vita Scientifica della Società e addita i mezzi più acconci a mantenerla all'altezza delle consorelle d'Italia e dell'estero.

Letto poi il processo verbale dell'ultima adunanza, ha la parola il socio Prof. Guglielmo Romiti, il quale illustra alcune varietà ossee capitategli nella Scuola di Anatomia in Siena. Premesse alcune ragioni sul merito di questi studii, il Romiti dimostra alcune varietà costali, delle quali presenta acconci disegni.

La prima è relativa ad una abnorme articolazione della prima colla seconda costa, mercè un'apofisi che par-

tendosi dal mezzo di questa va ad articolarsi col margine inferiore di quella. Dimostra poi alcuni esempii di coste cervicali, in una delle quali esiste anomalo muscoletto, uno scaleno sopranumerario. Si estende poi sulla genesi di simili coste riportando le varie opinioni dei varii anatomici, e conclude col ritenere la genesi di tali coste spiegata dalla esistenza di un punto d'ossificazione distinto dalle radici della apofisi trasversa, in quanto che presenta una 7ª cervicale, la quale mostra una piccola costola cervicale indipendente dalle due radici della apofisi trasversa normalmente confermate.

Passa poi a discorrere delle varietà vertebrali: un atlante nel quale manca il mezzo dell'arco posteriore; un'atlante saldato coll'epistrofeo; un'atlante saldato coll'occipitale; illustra e spiega simili varietà.

Scendendo a discorrere delle varietà ossee del cranio, mostra un *osso lacrimale accessorio*, costituito da quella porzione della apofisi montante del mascellare superiore, la quale prende parte alla costituzione della gronda lacrimale, porzione che si è conformata in osso distinto. Espone poi un curioso e assai raro palatino nel quale manca la fessura Sfeno-palatina, ed invece è occupata da una lamina ossea con tre forellini. Questa varietà non trovò menzionata dagli Autori.

Infine illustra il Romiti un apparato joideo identico all'apparato joideo degli animali inferiori, giacchè in quello erano completamente formati, distinti ed articolati tra loro i tre ossi: stiloidale, ceratoiale, e apoiale che si riscontrano negli animali.

Il socio Prof. Cesare Paoli legge una sua nota, diretta a modificare una opinione, sulla cheratite dei mietitori, esposta dal Dott. Martin all'ultimo Congresso Medico di Amsterdam.

Il Dott. Martin diceva che la gravità di tale malattia, dipendeva dalla dacriocistite che egli aveva sempre riscontrata in simili casi, mentre il Prof. Paoli non l'aveva riscontrata in modo costante e credeva che la malvagità di tali cheratiti dovesse derivarsi dalla presenza dei frammenti delle spighe del grano negli strati della cornea.

Aperta la discussione, il Dott. Andrea Simi dice di essere d'accordo col Prof. Paoli, circa la non costante esistenza della dacriocistite, e sulla gravità reale ma spesso meno apparente delle ferite corneali che son complicate dalla presenza di corpi estranei.

Crede però che la malignità di dette ferite non dipenda da questa sola circostanza, ma di sovente anche dalla cura poco appropriata che si intraprende, senza considerare punto lo stato dell'organismo, infralito sempre dalle gravi fatiche del mietitore e senza occuparsi troppo della nettezza delle ferite che dovrebbe richiedere cure affatto speciali. A questo proposito osserva che gli esperimenti fatti dal Prof. Paoli sui conigli, non possono produrre alterazioni simili di quelle che si osservano nell'occhio dei mietitori.

Anche l'atropina dovrebbe essere bandita in tali casi per dare posto all'eserina che facilita meno dell'altra la infiltrazione purulenta della cornea.

Dopo alcuni schiarimenti del Prof. Paoli, che insiste sullo scopo della sua lettura, che è quello di togliere molta importanza alla dacriocistite, la discussione è chiusa e la seduta sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 30 MAGGIO 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente*.

Sono presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, ed i socii conservatori Professori Paoli, Paganucci e Dottori Ceccherelli, Simi, Turchini, Grassi, Faralli, Michelacci Michele, Banti, Grilli, Campani, ed il Segretario degli Atti.

Il socio Dott. Giuseppe Turchini legge *sulla applicazione della doccia elettrica nella cura di molte affezioni di natura reumatica e nervosa*. Tesse la storia di cotesta applicazione, che spetta al Prof. Brunelli, al tempo stesso che giustamente reclama a sè stesso l'idea di averla praticamente trattata, modificando anche gli apparecchi relativi ad essa. Narra poi diverse storie di malati che ne trassero giovamento marcatissimo ed anche guarirono completamente.

Il socio Dott. Ernesto Grassi legge una sua memoria *sulla utilità delle iniezioni intrauterine in una forma rara di puerperio infezioso*.

Dopo aver dette le ragioni per le quali codeste iniezioni sono adoperate con parsimonia nel campo ginecologico, accenna come le condizioni fisiologiche e meccaniche durante il periodo puerperale sieno tali da rendere molto utile e punto rischiosa la medicatura in discorso ognivolta che sia profondamente alterato il processo di eliminazione lochiale.

Fatte queste premesse il Dott. Grassi narra il caso

clinico che diede motivo alla sua lettura. Trattavasi di una primipara già in età matura, nella quale un travaglio di 48 ore non aveva avuto altro risultato fuorchè quello di rendere veramente deplorevoli le sue condizioni generali e di indurre la morte del feto, il cui funicolo si era reso procidente fino dai primi dolori. Nonostante il nessuno impegno della testa e l'incompleta dilatazione dell'orificio, il Dott. Grassi tentò un'applicazione di forcipe e riescì con esso ad estrarre un bambino eccessivamente grosso e sopratutto eccessivamente lungo (60 centim.). Il puerperio nei primi giorni fu complicato da una endometrite purulenta, più tardi da parametrite e flemone del legamento largo sinistro; flemone che si aperse una strada attraverso l'utero.

Durante le varie fasi di questa malattia, la cura principale fu rappresentata da iniezioni dentro l'utero, replicate tre volte nelle 24 ore e composte d'una soluzione al 5 per 100 di acido fenico ed eseguite colla siringa a doppia corrente. Ognuna di tali medicature era seguita da alcune ore di defervescenza marcatissima, durante le quali la malata riparava abbastanza bene agli effetti della febbre e della suppurazione. Dopo 40 giorni dal parto la guarigione era completa.

Il Dott. Grassi fa quindi alcune considerazioni sui motivi che lo indussero a tentare il forcipe piuttosto che la craniotomia, in un caso nel quale, potendo dubitarsi d'un bacino piccolo e d'un feto grosso, occorreva non solo diminuire il volume del cranio fetale ma anche fare una buona presa per estrarlo.

Accennata quindi la gravità delle successioni morbose avute dalla puerpera e la rarità del modo con cui si vuotò il flemone pelvico, l'Autore esprime l'opinione che la malata abbia pagato il suo tributo alla infezione puerperale, uscendone a bene in virtù specialmente delle iniezioni intrauterine e del buon regime dietetico.

Il socio Dott. Cesare Campani legge un suo scritto *sulla etiologia della carie dei denti*. In esso l'A. ha preso in esame quali siano le cause e le condizioni generali sotto la di cui influenza si produce la carie dei denti; cagioni che ha divise in cause predisponenti ed in cause costituzionali, passandole tutte in rivista; ha quindi parlato dello stato della saliva nelle condizioni normali di ciascuna glandola salivare, considerando quella come agente primo e diretto della carie per studiarla nei differenti stati morbosi sia locali che generali.

Dopo alcune osservazioni del Dott. Banti, il quale ritiene che, nel caso narrato dal Dott. Grassi, si fosse trattato più di una semplice flogosi, che degli effetti di un processo settiooemico, la seduta è sciolta a ore 2 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 4 LUGLIO 1880

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente*.

Sono presenti il socio onorario: Prof. Ferdinando Zannetti, il socio emerito Prof. Giorgio Pellizzari ed i soci conservatori Prof. Paganucci, e Dottori Ceccherelli, Marcacci, Grilli, Faralli, Celoni, Grassi, Bertini, Banti, ed il Segretario delle Corrispondenze.

Il Presidente apre la seduta dichiarando che la Commissione giudicatrice del Premio Galligo è stata composta dei signori Dott. Raffaello Zannetti, Presidente; Dott. Luigi Billi; Dott. Ernesto Grassi, Segretario.

Il socio Dott. Giorgio Marcacci legge *sopra alcuni fatti di eruzione bollosa* da lui creduti derivanti da lesioni del sistema nervoso. L'A. si ferma specialmente a considerare la formazione di bolle che si verifica nella frattura della gamba e che ritiene dovuta alla contusione dei nervi cutanei avvenuta nel momento della rottura delle ossa. Passa poi a discorrere sopra un caso di pemfigo cronico nel quale furono trovate delle alterazioni istologiche, che descrive, del gran simpatico e del midollo spinale.

Il Socio Dott. Guido Banti fa una lettura *sulle alterazioni del simpatico nella nefrite parenchimatosa.*

Avendo esaminato tre casi di malattia del Bright, in tutti trovò i gangli celiaci molto infiltrati di cellule linfoidi con atrofia degli elementi nervosi e degenerazione delle fibre. Discutendo su queste alterazioni ed appoggian-

dosi a ricerche sperimentali da lui incominciate, e ad alcune analoghe osservazioni del Dott. Brigidi, è inclinato a ritenere che le alterazioni del gran Simpatico, siano primitive e secondarie quelle delle glandule renali.

Non essendovi discussione, la seduta è sciolta a ore 2 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. Zannetti.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 25 LUGLIO 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, il socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, il socio emerito Professor Giorgio Pellizzari, ed i soci conservatori Prof. Paoli, Dottori Faralli, Celoni, Bertini Oreste, Tafani, Urbino, Ceccherelli, Marcacci, Grilli, Banti, ed il Segretario delle Corrispondenze.

Letto ed approvato il processo verbale della passata adunanza ha la parola il Dott. Faralli, il quale legge *intorno alle stazioni estive del nostro Appennino, e specialmente su quelle del Pistoiese, e su quella della Vallombrosa.* Si trattiene prima alquanto sulle condizioni che devono in generale avere le stazioni di monte per riuscire vantaggiose agli infermi, e specialmente sui caratteri del clima, gli effetti vantaggiosi del quale non debbono attribuirsi alla diminuita pressione atmosferica che eserciterebbe di per sè stessa un'azione nocevole sulla salute, quando non fosse questa controbilanciata, nelle indicate località, dalla diminuzione di temperatura, e dall'umidità atmosferica, non che dall'esagerata azione respiratoria. Passa quindi a parlare delle diverse località che possono in estate offrire un piacevole soggiorno agli ammalati, ai convalescenti, ed alle persone deboli; cioè dei bagni di Lucca, di S. Marcello, di Gavinana, Limestre, Cutigliano, Montepiano ec., indicando quali sieno quelle che offrono condizioni migliori. Dice però che per dichiarare migliori una o l'altra di queste loca-

lità, manca il dato positivo della metereologia locale; e perciò propone che in ogni località destinata alla cura di acque minerali, venga istituito un piccolo osservatorio meteorico analogo a quelli in uso per le stazioni agrarie, destinato specialmente a fornire i dati necessari climatologici, i quali vorrebbe che fossero riassunti secondo una modula che egli ha appositamente compilata e della quale presenta alcuni esemplari. In ultimo termina ricordando la stazione di Vallombrosa della quale può presentare i dati meteorici di 8 anni consecutivi, fornitigli, secondo le sue indicazioni, dalla gentilezza del Padre Vurca direttore di quell'osservatorio.

Il socio Dott. Aurelio Bianchi fa una comunicazione *sopra un caso di sarcoma molle del periostio vertebrale.* Si tratta di un uomo di 35 anni che nel giugno 1879 veniva preso da dolori violenti nella regione renale, i quali si estesero all' intiero arto inferiore e alla scapola. Sei mesi dopo fu osservato l'insorgere di un tumore in corrispondenza della regione renale, il qual tumore crebbe rapidamente in poco tempo. Nel maggio 1880 venne per varie volte ematuria preceduta da violenti dolori lombari. Ammesso l' infermo nell'Arcispedale di S^a^ Maria Nuova il 30 maggio si trovò emaciato, cachettico, e con un tumore che occupava tutto il lato sinistro addominale, sporgendosi in alto fino all'ottava costa, e verso il mezzo fino al di là della linea alba; il tumore era molle, quasi fluttuante, dolente alla pressione in alcuni punti. È da notarsi inoltre che l' infermo presentava leggeri fenomeni paretici negli arti inferiori, maggiori a sinistra. La diagnosi fu di encefaloide non potendosi precisare se la sede fosse nel rene o nelle glandule del Lobstein; la prognosi infausta, e la cura sintomatica. La morte avvenne nel dì 9 luglio e durante il tempo che stette nell'ospedale il tumore crebbe di volume producendo fenomeni gravi di disturbato circolo intestinale.

All'autopsia non si verificò che un tumore unico, molle, della forma di un rene, il quale, prendendo origine dal periostio delle tre prime vertebre lombari e delle tre ultime dorsali, era venuto in avanti giungendo fino alla linea mammellare destra, e scèndendo fino nella fossa iliaca sinistra comprimendo gli intestini e lo stomaco. Per i caratteri macroscopici e microscopici fu posto nella classe dei sarcomi molli globo-cellulari. Il Dott. Bianchi si trattenne specialmente nella parte sintomatologica, perchè simulava quasi perfettamente quella di un neoplasma del rene o delle glandule retroperitoneali, essendovi i dolori, il tumore, e l'ematuria come in questi casi per lo più si osserva e concludeva col dire che la difficoltà della diagnosi delle affezioni retroperitoneali rende necessario di tener conto di tutti i casi che si possono presentare, per norma del pratico, in somiglianti circostanze.

Dopo questa lettura venne dal Presidente aperta la discussione sulla lettura del socio Dottore Faralli, sulla quale prendeva la parola il Dott. Celoni, dicendo di avere fatte delle osservazioni a San Marcello nell'agosto degli anni 1875 e 76 alquanto incomplete per mancanza di strumenti, osservazioni che vennero gentilmente ordinate dal Sig. Cav. Ferdinando Meucci, il quale ne traeva le seguenti conclusioni:

« Che quanto alla temperatura dell'atmosfera in
« S. Marcello si gode nell'agosto una stagione la quale,
« se non rappresenta del tutto quella della primavera inol-
« trata di Firenze, può giudicarsi essere quella certamente
« di un mese di giugno normale. Il massimo del calore
« nell'agosto 1875, stato più caldo e non tanto anormale
« come quello del 1876, non oltrepassò i 30°, mentre a
« Firenze raggiungeva i 36,5°; la media temperatura del
« mese fu 21°, e Firenze n'ebbe in più una differenza
« eguale a quella sopra notata. Sono a vero dire forti le

« oscillazioni durante il giorno, e infatti trovò nel 21 ago-
« sto 1875 una differenza di 15 gradi fra la minima e la
« massima temperatura. Così grande differenza non si
« verificò nell' agosto del 1876, ma purtuttavia se ne
« verificarono di 12 gradi.

« Ciò che vi è da osservare si è che l'umidità atmo-
« sferica si mantenne sempre nel giorno fra i 6 e i 7
« decimi di sua saturazione, con dominio in generale dal
« mattino alla sera dei venti di N. E. a S. E. assai de-
« boli. L'igrometro di Soussure in ambedue gli agosti non
« scese mai al di sotto di 58° nelle ore più calde del giorno.
« Dette infatti 71,0° nel 21 agosto 1875, giorno in cui
« fu la massima temperatura di 30°; e 68,0° nel 21 agosto
« del 1876 nel tempo della massima più alta del mese
« di 29,5° di temperatura.

« Della pressione atmosferica poco c'è da dire; com-
« bina il tempo ed il numero delle oscillazioni barome-
« triche, conservando sempre all'incirca la differenza di
« 45^{mm} dovuta alla diversa altezza delle due stazioni sul
« livello del mare. »

Dopo questo, il Dott. Celoni fa osservare che l'altezza di S. Marcello e il suo clima, secondo la distinzione del Dott. Lombard, dovrebbe riguardarsi come un clima piuttosto dolce che tonico, ed utile ai tisici incipienti, agli asmatici con o senza catarro cronico, ai convalescenti molto freddolosi e delicati, ai bambini scrofolosi affetti da oftalmia e specialmente con fotofobia, alle isteriche, agli ipocondriaci, e alle clorotiche impressionabili. Nota infine che S. Marcello essendo situato sulla strada maestra, della quale rappresenta come uno slargamento, offre per gli ammalati il grave inconveniente di un luogo molto polverosc a meno che il paziente non si obblighi a passeggiare esclu sivamente nel vicino castagneto. Tale inconveniente no presentano Cutigliano nè Gavinana, situati più in alto 10 metri, e lungi dalla strada maestra. Nondimeno il Dot

tor Celoni ebbe a verificare utili effetti dal soggiorno di San Marcello, sia in persone sane solite a soffrire assai per il calore nelle grandi città, sia anco nei tisici al 2° grado, i quali tutti aumentavano di peso.

Il Dott. Faralli ringrazia il collega di queste notizie, di cui egli dice terrà conto in un lavoro più completo che ha in animo di fare su questo importante soggetto.

Aperta quindi la discussione sull'altra memoria letta dal Dott. Bianchi, niuno avendo preso la parola, l'adunanza è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. Zannetti.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 1° AGOSTO 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti il Vice-Presidente Dott. Brigidi ed i soci conservatori Prof. Paganucci, Dott. Bosi, Tafani, Grassi, Simi, Faralli, Bertini, Grilli, Turchini, Banti, Del Greco, ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale, il socio Dottor Ernesto Grassi fa una comunicazione riguardante *il forcipe Guyon* da lui applicato in un caso di grave stenosi pelvica. Narra di avere avuto occasione qualche tempo fà nella pratica privata di ricorrere alla cefalo-tripsia.

Si trattava di una Signora rachitica con un diametro retto superiore tra i 68 ed i 70 millimetri. La gravidanza era a termine ed escluso il taglio cesareo, dopo 20 ore di travaglio, non dando il bambino segni di vita; il Dottor Grassi fece la craniotomia colle forbici dello Smellie e quindi applicò sulla testa, sempre libera allo stretto superiore, il forcipe Guyon. Dopo 10 minuti di trazione la testa, ridotta a forma di focaccia, fu fatta scendere fino allo stretto inferiore. Il diametro bimastoideo misurava 65 millimetri. Il puerperio fu dei più normali. Le conclusioni del lavoro furono le seguenti:

Che fino a 68 millimetri ed anche meno, uno strumento compressore può essere applicato senza troppe difficoltà e pericoli. Che il forcipe Guyon molto più leggero degli altri cefalotribi serve mirabilmente allo scopo. Che non si deve correre troppo a trovare indicazioni alla am-

putazione utero-ovarica, esagerando i pericoli della cefalotripsia al di sotto dei 70 millimetri.

Dopo tale comunicazione la parola è accordata al Dott. Adolfo Paggi, il quale prendendo occasione da alcuni appunti presi visitando le Scuole e gli Spedali di Parigi, parla dei nuovi apparecchi e strumenti che crede più meritevoli di essere conosciuti. Parla della poroplastia e degli apparecchi per qualche caso speciale ed in particolare di quelli del De Saint Germain per la coxalgia, di quelli del Broca e dell'Hennequin per la frattura del femore, degli apparecchi tubulari per le applicazioni terapeutiche del freddo e del caldo usati dal Dumontpallier. Descrive infine il cliseometro del Dumas destinato a misurare l'inclinazione del piano dello stretto superiore nella donna vivente: e chiude la sua comunicazione presentando alcuni strumenti chirurgici modificati dall'Aubry e da altri.

Dopo breve discussione insorta fra il Dott. Paggi e il Dott. Grassi a proposito del cliseometro del Dumas, nel quale, il Dott. Grassi crede di trovare gl'inconvenienti proprii a tutti gli intrapelvimetri, la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. BURRESI.

Il V. Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 7 NOVEMBRE 1880.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice Presidente.*

Sono presenti i soci conservatori: Prof. Paganucci, Dottori Zannetti Raffaello, Tafani, Ceccherelli, Bertini, Grilli, Faralli, Corso, Urbino, Michelacci Michele, Nesti, Stacchini ed il Segretario degli Atti.

Avuta la parola, il Dott. Tafani desideroso di comunicare alla Società alcuni suoi *studii sull'orecchio*, dice di essersi più specialmente occupato di quella parte dell'organo dell'udito che riguarda le terminazioni nervose del ramo vestibulare. Accenna in principio che un lavoro di simil genere a voler che sia esatto deve essere eseguito sopra molti animali di specie diverse. Eseguendo egli un lavoro di anatomia comparata, si è posto al sicuro di non incontrarsi in una eccezione piuttostochè nella regola. Anzi coglie l'occasione per dire che negli studii istologici d'anatomia normale deve esser sempre questo l'indirizzo da seguirsi da chi voglia ottenere resultamenti buoni.

Gli animali sopra i quali ha fatto i suoi studii furono il luccio, le rane e le torpedini da un lato, e dall'altro fra i pesci ossei le arate, il blennius, il fluviatilis, il cyprinus auratus e la triglia hirudo. Studiò pure il vestibolo negli uccelli (anatre e colombi) e nei mammiferi (cani, conigli e topi).

I mezzi adoprati sono l'acido osmico ed il bicromat potassico. L'acido osmico fu adoprato in modo special come quando ebbe a studiare la porpora della retina.

Venendo a parlare dei suoi resultati afferma, contrariamente a quanto fu detto fin qui, esser differente la tessitura del nervo-epitelio del sacculo dall'altra dell'ampolle. Nel sacculo l'epitelio è più semplice, a due strati, mentre nelle creste acustiche è a tre, aggiungendovisi uno strato granulare intermedio.

Nega siccome reali le terminazioni descritte da Schultze e Pliteard, ed afferma che triplice è il modo col quale hanno termine i nervi tanto nelle creste quanto nella macchia acustica. Esiste cioè una terminazione nervosa a forma di peli o ciglia sorpassanti tutti gli strati epiteliali e restando immersi nell'endolinfa.

Esiste una terminazione nervosa aggomitolata superficiale fra le cellule dello strato più esterno. Queste terminazioni sono provviste di mielina nel luccio.

Esiste finalmente una maniera di terminazione molto simile a ciò che accade nei corpuscoli del Pacini. Le fibre nervose penetrate nel nervo epitelio si rigonfiano a clava.

I nervi penetrano entro l'epitelio, sorpassando sempre lo strato delle cellule basali, e conservano in alcuni animali la loro mielina (luccio, triglie, ciprini e nel blennius).

Il Dott. Aurelio Bianchi, prendendo occasione da *due casi di applicazione di enteroclisma*, con esito felice, fa una comunicazione, in cui dopo narrata la storia dei due casi medesimi emette alcune conclusioni circa al miglior modo di usare lo enteroclisma medesimo nei casi di occlusione dell' intestino.

Prende poi occasione da questi due casi, per fare alcune osservazioni intorno alla produzione dell'indaco nei casi di occlusione intestinale.

Nessuno prendendo la parola sulle due memorie, il Dott. Tommasi propone che si nomini a socio onorario straniero, nella stessa Adunanza pubblica, e perciò più

solennemente, il Prof. Charcot, leggendo una lettera dello stesso Charcot nella quale, il celebre clinico della Salpetriére, dichiara che accetterebbe con molta gratitudine una tale onorificenza.

Il Prof. Charcot viene nominato a tal posto per acclamazione.

Il Vice-Presidente
Dott. V. Brigidi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 14 NOVEMBRE 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti: il Vice-Presidente Dott. Brigidi, il socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, i soci conservatori Professori Paganucci, Paoli, Dottori Grassi, Faralli, Urbino, Ceccherelli, Zannetti Raffaello, Turchini, Nesti, Grilli, Billi, Stacchini, Cresci-Carbonai, Bertini, Corso, ed il Segretario degli Atti.

Prende la parola il socio Dott. Faralli per intrattenere la Società intorno *al male delle montagne,* considerato specialmente in coloro che fanno l'ascensione dell'Etna.

Si ferma alquanto sulla storia e l'etiologia di questa affezione, la quale, secondo le osservazioni dovute specialmente a Jourdanet e a Bert, sembra dipenda dalla diminuita tensione dell'ossigeno atmosferico. — Nota come gli scrittori facciano parola dello sviluppo di questa malattia nell'ascensione dell'Etna, assai più spesso di quello che non avvenga nell'ascensione di montagne della medesima altezza.

Nell'ascensione da lui fatta in una comitiva di oltre 100 persone, osservò il male delle montagne in una trentina d'individui svilupparsi all'altezza della casa dell'Etna cioè a poco più di 2900 metri sul livello del mare; e di queste trenta persone 28 appartenevano alla squadra che aveva fatto il viaggio a cavallo, mentre dei 32 che, l'autore compreso, avevano percorso a piedi tutta la distanza che separa Biancavilla dalla casa dell'Etna, soli due presen-

tarono i fenomeni del male delle montagne ed uno di questi in grado assai mite.

Attribuisce la relativa frequenza del male delle montagne sull'Etna alla rapida diminuzione della temperatura e della pressione, passando da un giorno all'altro dal livello del mare e da una temperatura, che può raggiungere e superare in estate i 40°,6 ad una pressione di poco più che 500^{mm}, e ad una temperatura prossima o anche inferiore a 0° C.

Conclude quindi che l'ascensione dell'Etna eseguita nel settembre decorso da membri del Congresso del Club Alpino Italiano ha dimostrato: 1° come la stanchezza non entri che come elemento secondario nell'etiologia del male delle montagne; 2° come questo sia più frequente sull'Etna che su altri monti della stessa elevazione; 3° come causa di questa maggiore frequenza sia da ritenersi essere la rapidità, colla quale nelle ascensioni dell'Etna si passa da alte pressioni e elevate temperature, a temperature e pressioni assai basse.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Dottor Bianchi, nella seduta precedente, prende la parola il Dott. L. Nesti, il quale dopo aver detto del buon risultato ottenuto, con l'enteroclisma, in qualche caso, osserva che rendendo il getto orizzontale, e perciò diminuendone la forza, si ha una tolleranza maggiore di quando il getto è discendente. Nota pure che in questo modo si potrebbe utilizzare l'enteroclisma per fare assorbire meglio i clisteri nutritivi.

Nessuna discussione avendo luogo sulla comunicazione del Dott. Faralli, la seduta pubblica è sciolta ed. i soci sono invitati a trattenersi in seduta privata.

V° *Il Presidente.*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

NONA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 21 NOVEMBRE 1880.

In assenza del Presidente, presiede l'Adunanza il Professore FERDINANDO ZANNETTI, *come più anziano fra i presenti.*

Sono presenti: il Vice-Presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori Dottori M. Michelacci, Bertini, Faralli, Ceccherelli, Nesti, Corso, Grassi, Stacchini, Grilli, ed il Segretario degli Atti.

Aperta la seduta, il segretario degli Atti proclama l'esito del Premio Gallico, leggendo la seguente deliberazione della Società:

SIGNORI!

La Società nostra, nella sua adunanza privata del 14 corrente, udiva un rapporto molto particolareggiato del Dott. Ernesto Grassi, relatore della Commissione giudicatrice del Premio Galligo, composta di esso relatore, del Dott. Luigi Billi, e del Dott. Raffaello Zannetti Presidente, nel quale rapporto si diceva che in questo anno i concorrenti erano stati in numero di quattro, e che avevano inviate le loro memorie coi seguenti motti e titoli:

1°. **Avanti vi è gloria per tutti.**

Le deviazioni della colonna vertebrale, del ginocchio e del piede consecutive a rachitide e loro cura.

2°. **Meno male agitarsi nel dubbio che riposare nell'errore.**

Saggio clinico pratico sulle malattie della pelle nei bambini.

3°. Cur hominum gravibus torrentur febribus artus quo eis sint chininum fonsque salutis aqua.

Della scarlattina e della nefrite scarlattinosa nell'età infantile.

4°. Patres nostri peccaverunt et non sunt: nos autem iniquitatum eorum jugum portavimus.

Delle malattie delle ossa per sifilide ereditaria.

Voi udiste, e giova ora ripeterlo in pubblica adunanza, che i quattro lavori sopra ricordati *corrispondevano nel miglior modo allo scopo che evidentemente si prefiggeva l'illustre fondatore del premio;* e che tutti erano *oltremodo meritevoli di encomio; però la memoria che portava il titolo:* MALATTIE DELLE OSSA PER SIFILIDE EREDITARIA fu ritenuta *come la meglio corrispondente allo spirito e al programma del concorso Galligo.*

In conseguenza di queste proposte della vostra Commissione, approvate con voti 17 su 18, nell'ultima adunanza privata, la Società oggi

DELIBERA:

La memoria portante il motto *Patres nostri peccaverunt et non sunt etc.* e col titolo: *Malattie delle ossa per sifilide ereditaria* è dichiarata vincitrice del Premio Galligo, indetto fino dal 1° aprile 1879.

Aperta la scheda che portava il motto sopraindicato, si trova contenare i nomi dei signori Dottori Pellizzari Celso e Tafani Alessandro i quali perciò son proclamati vincitori del premio più volte ricordato: l'altre schede furono bruciate.

In secondo luogo, la Società delibera di farsi rappresentare ai solenni Funerali in onore dell'illustre Barone Bettino Ricasoli.

Terminate queste comunicazioni della Presidenza, ha per primo la parola il socio Dott. V. Brigidi il quale fa una comunicazione intorno alle alterazioni spinali da lui riscontrate in alcuni casi di malattie dell'Addison.

Segue la lettura del Dott. L. Giuntoli il quale, essendosi incontrato in molti casi di febbre tifoide che accaddero specialmente in due case del suo distretto, volle che fossero analizzate le acque dei pozzi, ai quali si abbeveravano gli inquilini delle due case in discorso; e il Dott. T. Tommasi, cui si era rivolto per la detta analisi, avendogli riferito che tali acque contenevano materie organiche in certa quantità e che per di più avevano caratteri fisico-chimici non proprii alle acque veramente salubri e potabili; dopo avere ricordato che il più delle volte le epidemie di tifo, osservate anche all'estero, sono state riconosciute sotto la dipendenza di acque inquinate e corrotte, scende alla conclusione che le acque dei pozzi di Firenze dovrebbero bandirsi dall'uso giornaliero per bevanda, servendosi per questa esclusivamente dell'acqua potabile, che il Municipio ci ha fornito in tanta abbondanza.

Il Dott. Grilli prende la parola per rettificare alcune espressioni dell'autore, tanto più che gli sembra non conveniente attenersi all'esame dell'acqua di due soli pozzi, per giudicare della bontà dell'acqua di tutti gli altri pozzi esistenti in città.

Parlano in egual senso il Dott. Ceccherelli, il Dottor Corso e il Dott. Nesti, il quale ultimo, anzi, riferisce due epidemie di tifo da lui osservate al Convento della Crocetta ed al Casale di S. Salvi, nelle quali, piuttosto che per l'acqua di un pozzo resa immonda dalla presenza di un animale, ebbe a convincersi che la malattia avea acquistato

sviluppo maggiore e gravezza, dal troppo accumulo di malati, tanto che quando potè sparpagliarli in diverse stanze, l'epidemia cessò.

Per ultimo il socio Dott. Faralli ottiene la parola per leggere una lettera del Socio corrispondente Dott. Prospero Sonsino intorno alla cura dell'*Anchilostomosi*. Parla il Dott. Sonsino di un caso di anemia nel quale ha potuto verificare, coll'esame microscopico delle dejezioni, la presenza dell'*anchilostoma*. In questo caso egli sta sperimentando la *tintura eterea* di *percloruro* di *ferro*, coll'uso della quale egli ha ottenuto un progressivo, sebbene lento miglioramento; per cui, senza poter dire per ora se il vantaggio si debba all'etere, o al percloruro o a tutte due queste sostanze, nutre fiducia di aver ritrovato in questa tintura il rimedio dell'Anchilostomosi.

Null'altro essendovi all'ordine del giorno, l'adunanza pubblica è sciolta a ore 3 pomeridiane.

Il Vice-Presidente
Dott. V. Brigidi.

Il Segretario
Dott. T. Tommasi.

DECIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 26 DECEMBRE 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. Burresi, *Presidente.*

Sono presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori Professor Paganucci, Dottori Turchini, Simi, Marcacci, Nesti, Faralli, Ceccherelli, Bertini Oreste, Stacchini, Michelacci, Grilli, Grassi, Nesti, ed il Segretario delle Corrispondenze.

Omessa la lettura del processo verbale della passata adunanza perchè mancante il Segretario degli Atti e il Vice-Segretario, presentati i doni inviati alla Società, il socio Dott. Turchini legge una breve memoria *sopra tre casi di monoplegia brachiale, guarita con la corrente continua.* I fenomeni principali osservati in tre individui adulti furono: paralisi di senso nell'arto superiore, due volte destro una volta sinistro; paralisi del moto senza contrattura muscolare, con possibilità dei moti passivi; salute generale eccellente, se non voglia tenersi conto del morale affranto per la preoccupazione del fatto morboso: la faradizzazione dava abolizione assoluta di sensibilità e della contrattilità farado-muscolare. Invece esisteva sensibilità galvanica, e i muscoli rispondevano alla corrente con contrazioni lente ma chiaramente visibili.

Col metodo di eleminazione stabilisce la diagnosi di paralisi reumatica del plesso brachiale, o di monoplegia brachiale periferica. Sospeso allora l'uso di ogni farmaco,

incominciò la cura servendosi della corrente continua fornita da una batteria di 60 coppie, adoprandone 40, facendone le sedute in giorni alterni e della durata di 15 a 20 minuti. La sensibilità tornò in pochi giorni, la motilità lentamente, cominciando dalle dita e procedendo quindi in rapporto colla cura. Chiude dando ragione del perchè adoprasse la corrente continua; egli la prescelse come quella che ristora i muscoli e che ha molta influenza a risolvere certi essudati che si producono nel nevrilema.

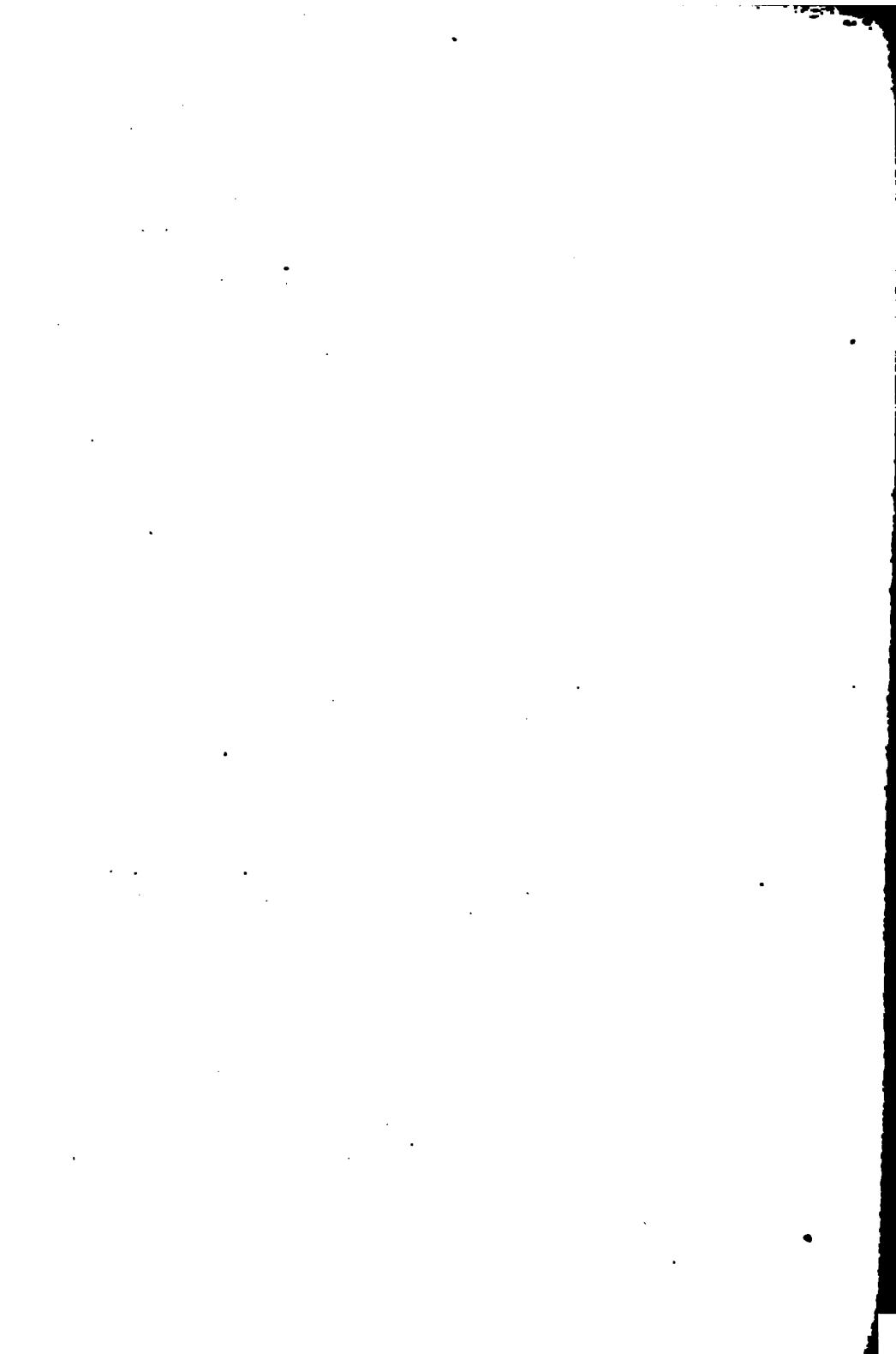
Aperta la discussione su questa memoria il Vice Presidente Dott. Brigidi prende la parola, e domanda ove e come cominciarono le paralisi, se furono ascendenti, e riferibili alla così detta nevrite ascendente che è indipendente da lesione cerebrale e spinale. Il socio Turchini dichiara di non poter bene precisare da quali parti incominciasse la paralisi.

Il Dott. Grilli domanda pure se sotto le prime applicazioni elettriche, oltre a ricomparire subito la sensibilità, scomparve anche quel disturbo morale che il Dott. Turchini aveva osservato nei suoi infermi e che egli attribuiva al patema di animo prodotto dalla forma morbosa locale. Al che risponde il Dott. Turchini essere subito megliorato anche il morale dei suoi malati, col migliorare delle condizioni paralitiche del braccio. Il Dott. Simi prende la parola e dichiarando di essere uno dei malati curati dal Dott. Turchini, dice che in conseguenza può dare qualche schiarimento in proposito. « Stavo benissimo, così si esprime, non avevo segno di reumatosi, quando di notte, dopo essermi esposto a causa reumatica, fui preso di colpo da dolore fortissimo alla spalla destra, congiunto a intorpidimento del braccio, a impossibilità di muoverlo; questi fenomeni andavano crescendo gradatamente, e vi si congiungeva il dimagramento dell'arto, nonostante tutte le cure che mi furono prodigate. Fu in ultimo che mi sottoposi alla cura indicata

dal Dott. Turchini, dalla quale ebbi sollecito e graduale miglioramento. »

Dopo ciò nessun altro chiedendo la parola, la seduta pubblica fu sciolta per riunirsi in seduta privata.

V° *Il Presidente*
Prof. P. BURRESI.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. ZANNETTI.

ANNO ACCADEMICO 1881

Presidente,	Prof. **PIETRO BURRESI**
Vice-Presidente,	Dott. **VINCENZO BRIGIDI**
Segretario,	Dott. **CELSO PELLIZZARI**
Vice-Segretario,	Dott. **MICHELE MICHELACCI**
Segretario delle Corrispondenze,	Dott. **RAFFAELLO ZANNETTI**

SOCIETÀ MEDICO FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 6 FEBBRAIO 1881.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti il Vice-Presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori Prof. Paganucci, Dott. Zannetti Raffaello, Campani, Faralli, Tommasi, Bottari, Boncinelli, Marcacci, Urbino, Giuntoli, Grilli, Pereyra, Ceccherelli, Bertini, Bianchi, Banti, Michelacci Michele ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale della ultima adunanza pubblica, si dà comunicazione di una lettera nella quale il Dott. Giuntoli ringrazia la Società per averlo eletto a socio conservatore.

Ha poi la parola il socio Dott. Cesare Campani, il quale passa in esame le *modificazioni che subiscono la saliva e gli umori della bocca sotto l'influenza dei diversi stati morbosi, in relazione con la carie dei denti:* e seguendo le dottrine del Magitot divide questi stati morbosi in tre categorie, cioè: 1° Affezioni locali della bocca e delle faringe 2° Affezioni generali acute. 3° Affezioni generali croniche.

Fra le prime considera la stomatite, la amigdalite e la faringite; processi tutti inflammatorii sotto la cui in-

fluenza si ha nel primo periodo diminuzione e nel secondo ipersecrezione di mucco; la fermentazione salivare darebbe luogo a dei prodotti acidi che attaccano la superficie del tessuto adamantino.

Nelle malattie generali acute si ha la secchezza della bocca, l'inazione delle mascelle in seguito alla dieta, quindi la deposizione sui denti di mucco che si concreta formando delle masse, chiamate fuliginosità, che non si disciolgono perchè la secrezione salivare è diminuita, ed al solito sotto l'azione dei fermenti divengono acide. Aggiungasi che anche la saliva, sotto l'influenza delle malattie acute, subisce delle alterazioni chimiche.

Nelle affezioni generali croniche la secrezione non si modifica, in genere, nella quantità ma nella qualità; e avendo luogo una esagerata secrezione di ptialina, al solito ha luogo la fermentazione acida.

L'A. termina la sua lettura con un rapido sguardo sulla cagione probabile della carie dei denti nelle donne incinte, che egli crede risiedere specialmente nelle modificazioni degli umori buccali per disturbo delle funzioni gastriche, od anche per i vomiti prolungati.

Finita questa comunicazione, si dà lettura d' uno scritto inviato da Londra dal Dott. Adolfo Paggi *sopra un caso di Ooforectemia* eseguita dal Dott. Bantock sopra una donna di 37 anni. L'operazione in quel caso era indicata come mezzo di cura d' un fibroma dell' utero, il quale, dando luogo ad imponenti emorragie, metteva in pericolo la vita dell'ammalata.

L'operazione fu eseguita praticando al di sotto dell'ombellico lungo la linea alba da prima una incisione di 10 centim. che poi fu ampliata fino a 15, perchè non si riesciva ad afferrare l'ovajo destro: anche ampliando la ferita quest'ovaio si dovè lasciare nel piccolo bacino,

ma fortunatamente fu riconosciuto, al tatto, atrofico: l'altro ovajo fu estirpato: dopo si procedè alla ripulitura della cavità addominale ed alla sutura della ferita.

Si noti che i ferri, le mani dell'operatore ed il ventre dell'ammalata furono lavati in una soluzione d'acido fenico all'uno per cento, e l'operazione si eseguì in mezzo ad un getto polverizzato della stessa soluzione che sfiorava il campo dell'operazione invece che esser diretto su quello; in appresso non si fece medicatura alla Lister. Purtuttavia una settimana dopo la malata poteva passeggiare, e quaranta giorni dopo l'operazione lo scolo sanguigno non si era ancora riaffacciato.

Da questo caso clinico il Dottor Paggi prende motivo per parlare della storia della ovariotomia normale, operazione in generale da preferirsi, nella cura dei fibromi uterini, alla isterotomia perchè meno pericolosa: accenna ai due modi di praticarla, cioè, per l'addome o per la vagina e dà le ragioni per le quali deve scegliersi la prima via. Entra poi a parlare della medicatura Lister nelle gravi operazioni, ed a questo proposito riferisce l'opinione dello stesso Dott. Bantock il quale, a forza d'esperimenti, è venuto nella convinzione che il merito vero della medicatura antisettica stà nella nettezza. Il Dott. Paggi avverte inoltre che i migliori Chirurghi Inglesi non danno gran valore al metodo di Lister nella cura dei tumori del ventre, perchè ritengono che questo sia diretto principalmente ad evitare la pioemia e la setticoemia complicante, che si determinano raramente nelle grandi operazioni che si praticano nella cavità addominale.

La relazione si chiude con un rapido sguardo sul fanatismo che ha destato in questi ultimi tempi, specialmente in Inghilterra, la castrazione della donna, alla quale si ricorre talora più per arricchire la propria statistica che con l'intendimento di salvare la vita ad un'ammalata, unico obiettivo che dovrebbe avere il chirurgo.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dottore Campani e nessuno prendendo la parola il Presidente dichiara che non crede conveniente aprire la discussione sopra lo scritto del Dottor Paggi non essendo presente l'Autore.

Il socio Dott. Grilli e Zannetti parlano in senso contrario, dicendo che la Società può prendere argomento da quella comunicazione per incominciare una discussione sopra due punti così importanti, come la medicatura Lister e la castrazione della donna. Il Dott. Urbino accenna pure all'importanza del soggetto, ma il Presidente gli fa osservare che senza mettere in discussione la memoria di persona che non è presente si può sempre ritornare sull'argomento, e lo stesso Dott. Urbino potrà, se lo crede, trattenere in proposito la Società in altra occasione.

Messa ai voti la proposta Grilli e Zannetti di fare subito la discussione, questa viene rifiutata. Si accetta però un'altra proposta Grilli e Urbino d'inviare una lettera di ringraziamento al Dott. Paggi: dopo di che la seduta pubblica è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. C. Pellizzari.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 6 MARZO 1881.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO BURRESI, *Presidente*.

Sono presenti: il Vice-presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori: Professori Paoli, Eccher, Filippi, Dottori Faralli, Celoni, Ceccherelli, Bertini, Boncinelli, Nesti, Tommasi, Bianchi, Grilli, Pereyra, Tafani, Turchini, Bargioni, Giuntoli, Agnolesi, Banti, Bottari ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell' ultima adunanza pubblica, il Segretario comunica alla Società una lettera del Dott. Paggi in risposta a quella di ringraziamento della Società stessa. Il Presidente si alza e legge un breve elogio del compianto Prof. Ferdinando Zannetti membro onorario della Società, e termina col proporre che la Società Medico Fisica si faccia iniziatrice di una sottoscrizione, per fare scolpire in marmo la effigie dello Zannetti, in un busto da porsi nel museo di Anatomia Patologica della scuola.

Il Dott. Ceccherelli fa la proposta che la Società deliberi di tenere un' adunanza solenne per dire delle qualità e del merito del Prof. Zannetti.

Il Segretario fa osservare, che gli sembra un po' difficile determinare *a priori* il giorno in cui si potrà tenere tale adunanza, perchè dipenderà dalla maggiore o minor alacrità con la quale quei soci che intendono leggere delle biografie termineranno i loro lavori. Ed il Presidente aggiunge che è in facoltà della Presidenza di stabilire quella

adunanza, quando alcuni soci dichiarino di voler leggere delle necrologie.

Il Prof. Filippi propone che la Società deliberi di tenere tale adunanza il giorno nel quale si inaugurerà il busto.

La proposta del Presidente circa alla iniziativa da prendersi dalla Società e quella del Dott. Ceccherelli fusa in una con quella del Prof. Filippi vengono accettate all'unanimità.

Il Presidente accorda la parola al socio Dott. Celoni, il quale presenta una memoria *sopra due casi di peritonite infantile* il primo dei quali seguito da morte ed il secondo invece di estrema benignità. Dovendosi, secondo il nuovo regolamento (1), esporre un sunto delle memorie che vengono deposte al banco della Presidenza il Dott. Celoni riassume in berve i due casi. Nell'epicrisi del primo caso l'A. suppone che la malattia s'iniziasse con un semplice catarro gastrico o gastro-duodenale, il quale potè poi dar luogo a delle ulceri gangrenose e perforanti: in principio quindi si sarebbe avuta una peritonite diffusa e negli ultimi giorni una peritonite rapidamente mortale. Nel secondo caso la diagnosi si basò sui dati seguenti: un bambino di due anni sano e robusto nell'agosto 1880, essendo in campagna, fu preso da diarrea con evacuazione di materie sciolte precedute da dolore del ventre, con emissione di mucco, e sempre accompagnata da febbre: al terminare di quella

(1) Nell'adunanza privata tenuta il 6 febbraio 1881 la Società deliberava di modificare l'Art. 25 dello Statuto nel modo seguente: Si accetteranno come comunicazioni: le presentazioni di malati, di pezzi anatomici, di preparati istologici, di strumenti ec., le storie cliniche non seguite da cosiderazioni generali. Delle memorie originali o delle storie seguite da considerazioni generali si accetterà il sunto e le conclusioni, ma i Soci saranno obbligati a deporre la loro memoria nelle mani del Segretario della Società perchè i Soci possano leggerla quando vogliano. Sulle prime comunicazioni la discussione potrà aver luogo subito, sulle altre invece nelle adunanze successive dopo esaurito l'ordine del giorno.

diarrea si determinò una idrope ascite che, unitamente al riaffacciarsi a quando a quando della diarrea, ed al grave dimagramento del malato, risvegliò nel curante le più gravi apprensioni. Il versamento persistè fino alla fine dell'anno, ma tutti gli altri fenomeni si dileguarono e l'appetito ritornò: quindi la nutrizione generale si avvantaggiò in breve tempo. L'A. suppone che anche in questo bambino la malattia si iniziasse con un catarro gastro-intestinale, cui tenne dietro per diffusione di flogosi una peritonite con versamento sieroso.

Il socio Prof. Eccher presenta una piccola *macchina elettrostatica* da lui costruita, e fa rilevare come dall'accoppiamento dei due sistemi ben noti Töpler e Holz, che in detta macchina si riscontra, si possa avere a propria disposizione una fonte sicura ed abbondante di elettricità statica. Non occorre per essa, come per le Holz, l'uso di una lamina di ebonite strofinata per attivarla, giacchè si carica da sè, anche in condizioni atmosferiche tanto sfavorevoli che poco o nulla darebbero le stesse macchine elettriche a strofinio. Mentre poi essa non ha la tensione elettrica che si potrebbe avere con una macchina Holz d'eguale grandezza, ne ha tuttavia assai più di una corrispondente Töpler. Appena messa in rotazione essa agisce dando delle scintille fino a 4 cent. e più, sebbene il vetro girante non abbia che 26 cent. di diametro.

L'A. mostra come per avere delle scariche più o meno poderose si possano applicare due paja di condensatori. Gli scaricatori sul davanti servono a misurare la lunghezza della scintilla e quindi l'intensità della scarica prodotta; la quale, per mezzo dei soliti fili foderati di guttaperca e ben isolati manubri, può applicarsi impunemente a qualunque parte del corpo. Aggiunge che la macchina può servire ad involgere una persona isolata in una atmosfera fortemente elettrizzata, ed anche a sviluppare una grande

quantità di ozono. Non sa che applicazioni potrebbe avere in medicina la sua macchina, ma ha voluto far vedere alla Società che, nel caso che si avesse bisogno di applicare la elettricità statica, con la sua macchina si può essere sicuri di averne sempre a propria disposizione, nella quantità e tensione voluta; poichè se la macchina attuale non fosse sufficiente se ne potrebbero aumentare le dimensioni.

Il Dott. Bianchi presenta una memoria sul tema *avvelenamento per ammoniaca* le cui conclusioni sono le seguenti:

1°. L'ammoniaca non reca nell'uomo fenomeni convulsivi e tetanici forti come negli animali.

2°. L'ammoniaca agisce sui centri vaso-motori del midollo e rende il circolo debole e frequente.

3°. L'ammoniaca reca da prima dipsnea notevole e poi indebolimento delle azioni respiratorie.

4°. La temperatura è abbassata nei casi di avvelenamento per ammoniaca: è rialzata quando si aggiunge la flogosi dei varii organi.

5°. Le pseudo-membrane, per lesione topica del tossico sulle muccose, sono simili a quelle per croup: però nelle prime si ha distruzione dell'epitelio; nelle seconde neoplasia dell'epitelio stesso.

6°. Dopo la digestione dell'ammoniaca si ha aumento di urea e diminuzione o *statu quo* dei solfati.

7°. Come applicazione pratica si può consigliare la lavatura dello stomaco e la nutrizione con i clisteri di peptone quando le muccose sono notevolmente ulcerate e l'alimentazione è resa impossibile per la via della bocca.

La discussione sullè memorie presentate dai soci Celoni e Bianchi essendo per regolamento rimandate alla

adunanza successiva, il Presidente apre la discussione sulla comunicazione fatta dal socio Eccher.

Il socio Dott. Turchini mentre apprezza molto la macchina del Prof. Eccher crede che non possa avere grande applicazione alla medicina, come non lo hanno avuto fin qui tutte le macchine elettrostatiche.

Il Socio Dott. Banti fa notare che anzi la elettricità statica è stata ripresa in esame in questi ultimi tempi in Francia, esperimentando sopra malati affetti da emianestesia ed ambliopia. Solamente l'applicazione è stata fatta per mezzo del panchetto isolatore. Egli chiede quindi al professore Eccher se la sua macchina può adattarsi a simili applicazioni.

Il Prof. Eccher risponde al Dott. Turchini che non ha inteso passare avanti ai cultori delle scienze mediche, ma che ha voluto semplicemente mostrare la sua macchina perchè i membri della Società vedessero se era il caso di levarne qualche applicazione pratica. D'altra parte rispettando l'opinione di tutti, egli crede che non si possa negare alcuna cosa *a priori* e forse si potranno un giorno trovare delle nuove applicazioni, anche della elettricità statica, che oggi non si pensano nemmeno. Al Dott. Banti risponde che non ha parlato del panchetto per dimenticanza, ma che lo si può benissimo adoperare con la sua, come con le altre macchine, e ripete che qualora abbisognasse una quantità maggiore di elettricità si potrebbe fare la macchina in proporzioni più grandi.

La seduta dopo questa breve discussione è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. C. Pellizzari.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 10 APRILE 1881.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, *Vice Presidente.*

Sono presenti i soci conservatori: Prof. Paganucci, Dott. Ceccherelli, Bianchi, Tafani, Marcacci, Urbino, Grassi, Pereyra, Grilli, Banti, Bertini, Celoni, Tommasi, Stacchini, Del Greco, Giuntoli, Pellizzari Celso ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica antecedente il Segretario delle Corrispondenze dà comunicazione delle memorie e giornali venuti in dono alla Società. Il Segretario degli Atti presenta alla Società a nome del Prof. Schettini un medicamento contro la difterite.

Si vien quindi all'ordine del giorno.

Il Dott. Marcacci presenta un malato affetto da una forma morbosa cutanea assai interessante. « Esclusi, dice esso, il *lichen*, le *forme scrofolose*, l'*eritema papuloso*, i *tubercoli sifilitici*, la *lebbra*, e la *elefantiasi* per formulare una diagnosi ebbi ricorso all'esame microscopico, il quale dimostrò all'egregio Prof. Brigidi, che lo praticava, che le forme cutanee offerte dall'infermo constavano di miomi multipli. »

Il Dott. Ceccherelli incomincia a leggere un suo scritto *sul Listerismo e i suoi oppositori;* ma dopo poco il Vice

Presidente lo interrompe ricordandogli che il regolamento non permette di leggere che le conclusioni delle Memorie.

Il Dott. Ceccherelli allora dichiara che vuol difendere la medicatura alla Lister e che il suo scritto aveva lo scopo di accendere in seno alla Società una discussione sopra un argomento di tanta attualità e di tanto interesse. Il Vice Presidente si rivolge ai signori Soci adunati perchè decidano sul da farsi e viene ad unanimità stabilito che si debba seguire il Regolamento e leggere le sole conclusioni delle Memorie, per il che il Dott. Ceccherelli ripete — Conclusione della mia memoria si è — io sono sostenitore del Listerismo.

Si passa alla lettura delle conclusioni della Memoria inviata da Londra dal Dott. Adolfo Paggi *contro la medicatura alla Lister*. Secondo l'Autore la medicatura Lister ha l'inconveniente di abbassare la temperatura, nelle grandi operazioni del cavo addominale, porta spesso iscuria, riesce molesta all'operatore, e spesso ha nella sua attuazione gravi inconvenienti, mentre non diminuisce la mortalità degli operati. Infatti Bantock senza di essa ebbe un sol caso di morte sopra 21 ovariotomie, Tilt sopra 29 ovariotomie con medicatura Lister ebbe due casi di morte e sopra 21 senza tal cautela uno solo. Le statistiche di Keith dànno una mortalità di 1 su 24 e mezzo con il Listerismo, e di 1 su 26 senza.

Io sono convinto, dice il Paggi, che in queste grandi operazioni la mortalità è in proporzione della *pratica* e *abilità* dell'operatore e prova ne sia che tutti gli Ovariotomisti hanno una statistica, nella quale la mortalità va grado a grado diminuendo.

Il Tilt che ebbe 19 morti nelle prime 50 ovariotomie ne ebbe sole 3 nelle altre 50.

Il gran segreto della buona riuscita dice il Dott. Pagg

sta nella nettezza, senza che vi sia bisogno di arrivare alle esagerazioni dello Schröder, che fa un bagno prima di operare e lo fa fare agli assistenti. Bantock, tiene gl' istrumenti nell' acqua che ha già bollito, ed osserva d' aver sempre le mani ben pulite, nè chiude mai la cavità addominale se non è ben netta, e se non è ben sicuro che sia cessato ogni stillicidio sanguigno. Queste, conclude l'Autore, sono le precauzioni necessarie e sufficenti al buon esito di tali operazioni; e se i Tedeschi prima le avessero usate non si sarebbero esagerati tanto gli effetti della medicatura antisettica, come li esagera il Galezowscki che attribuisce azione miracolosa ad una soluzione dell' 1 per 1000 di acido fenico.

Terminata questa comunicazione, viene aperta la discussione sulla memoria presentata dal Dottor Celoni, nella precedente adunanza.

Il Dott. Giuntoli, chiede la parola per ringraziare il Dott. Celoni, che ebbe il merito di portare un argomento di tanto interesse quale quello della peritonite infantile. Riassume quindi la prima istoria del Dott. Celoni, ed in essa fino ad un certo punto (o primo periodo) gli sembra che giustamente si potesse ritenere trattarsi di un caso di peritonite reumatica; ma in un sécondo periodo gli pare che tal concetto non sia più sostenibile.

Nella seconda istoria, che pure riassume il Dott. Giuntoli dice che gli sembra che la natura reumatica sia un poco più spiccata; pure conclude che le osservazioni su tale argomento non saranno mai troppe e dice che anco dopo aver letta la memoria del Dott. Celoni, gli resta il dubbio se davvero esista dimostrata la peritonite reumatica.

Il Dott. Celoni, dichiara che con la prima delle sue storie non intese di provare l'esistenza della possibilità della peritonite reumatica, che anzi egli stesso non l'ammise in quel caso, ma che nel secondo e per lo andamento e per

l'esito ritenne trattarsi di peritonite reumatica. Termina dicendo che intorno all'esistenza della peritonite reumatica divide completamente le idee del Prof. Galvagni.

Terminata così la discussione sulla memoria Celoni, si apre la discussione sulla memoria del Dott. Bianchi, *sul tema avvelenamento per ammoniaca.* Il Dott. Grilli, avendo sentito nelle conclusioni lette nella passata adunanza che il Dott. Bianchi proponeva la lavatura dello stomaco avverte come egli tema gli effetti possibili della sondatura esofagea. Sebbene ne abbia fatte a migliaia e con felice resultato, e sebbene non abbia timore di sbagliar strada, non può dimenticare che ha veduto uno stomaco perforarsi per lo sforzo al vomito provocato da tale atto.

Non teme la sondatura in un esofago e stomaco sano, ma quando questi visceri son lesi la crede pericolosa. Fa giustamente osservare che non sappiamo, come nel caso in specie posto dal Dott. Bianchi, cioè l'avvelenamento per ammoniaca, quanto sia l'effetto che quest'ultima può aver portato, e lo ripete, non teme per la sonda in sè stessa ma per l'effetto che lo sforzo del vomito, 99 su 100, provoca sulle pareti di uno stomaco ammalato.

Il Dott. Bianchi dichiara che queste stesse osservazioni gli erano state fatte innanzi dal Prof. Filippi, e che egli aveva tolto dalla sua memoria quanto si riferiva a questo compenso terapeutico. Del resto proponeva in sua vece di far la puntura capillare dello stomaco dall'esterno, e coll'apparecchio del Potain lavar lo stomaco.

Il Dott. Del Greco, dice che fra i due mezzi crede meno pericolosa la sondatura, molto più che egli ritiene che gli effetti dell'ammoniaca sulla muccosa esofagica e gastrica non sieno molto gravi.

Il Dott. Grilli, ripete che non sa come si possa giudicare *a priori* tali effetti e domanda se esistono osservazioni e studii in proposito che accertino il fatto.

Il Dott. Banti, dice che la sondatura e la lavatura dello stomaco con la pompa gastrica, è assai usata, negli avvelenamenti, specialmente in Germania. Non la crede tanto pericolosa e dice che la si è fatta in casi molto più gravi di quelli d'un avvelenamento per ammoniaca e se l'operatore è abile l'operazione è innocua, mentre può togliere dallo stomaco elementi molto nocivi.

Il Dott. Grilli ripete che egli non fa questione di abilità, essendo per sè stessa l'operazione innocua, però teme gli effetti degli sforzi di vomito che essa provoca. Ripete d'aver veduto due casi di rottura delle pareti gastriche dietro tale sforzo. La discussione è esaurita.

Il Vice Presidente prima di aprire la discussione sulla comunicazione del Dott. Marcacci, invita questi a mostrare agli adunati il malato e i preparati microscopici.

Aperta la discussione, il Dott. Banti domanda come il Dott. Marcacci spieghi l'edema che si riscontra nelle vicinanze delle forme morbose cutanee presentate dall'infermo ed aggiunge che avendo osservato che in quei miomi, nel centro, i vasi son piccoli mentre al di fuori son più grossi; gli pare che tal disposizione anatomica possa spiegare il fatto.

Il Dott. Marcacci si associa a tale interpretazione.

Il Dott. Brigidi, dice che tal forma morbosa è forse più rara di quanto il Dott. Marcacci non abbia creduto, e che sono due soli i casi riferiti di miomi piccoli in forma tubercolare di pertinenza del dermatologo, ed appartengono a Verneuil e a Besnier. Del resto, aggiunge, che crede sieno piccoli perchè degenerano presto e perchè poveri di vasi.

L'adunanza è chiusa.

V° Il Vice-Presidente
Dott. V. Brigidi.

Il Vice Segretario
Dott. M. Michelacci.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 8 MAGGIO 1881.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice-Presidente*.

Sono presenti i soci Conservatori Professori Paganucci, Pellizzari Pietro, Paoli, Dottori Boncinelli, Ceccherelli, Corso, Giuntoli, Grassi, Bianchi, Grilli, Pereyra, Stacchini, Bertini, Bargioni, Zannetti Raffaello ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell'ultima adunanza pubblica il Vice-Segretario da lettura di una lettera inviata alla Società dal Dott. A. Paggi, con la quale aggiunge qualche argomento alla sua memoria contro il Listerismo, e a proposito della memoria del Dott. Ceccherelli, dice che ha notato alcune inesattezze, e che questa medicatura ha oppositori molto stimabili; dei quali alcuni l'hanno sempre combattuta.

Dopo di ciò il Segretario delle Corrispondenze comunica le memorie e i Giornali venuti in dono alla Società e si passa all'ordine del giorno.

Il Dott. Grassi, legge le conclusioni di una sua memoria *sulla mobilità esagerata dell'utero* e dice che talora vi sono casi nei quali con tutta la fenomenologia di una viziosa posizione dell'utero non si riesce a determinarla perchè variabile, attesa la eccessiva mobilità di quel viscere. Durante la esplorazione inoltre, specialmente combinata, la donna prova in proporzione maggiore quei fenomeni che accusa nei moti di succussione in genere (equitazione, ballo, ec.).

Dice questi fenomeni consistere principalmente in stiramenti dolorosi al sacro ed ai lombi, non che in stimolo frequente di orinare, fenomeni che si mitigano o cessano coll' immobilizzare l' utero. Ora dice il Dottore Grassi, come è che una entità morbosa come questa, che ha ben distinto il suo quadro sintomatologico non ha un posto a parte nei trattati nei quali si descrivono le malattie uterine? Infatti solo due o tre autori fanno menzione della eccessiva mobilità dell' utero, ma nessuno da ad essa l' importanza che merita, per lo che il Dott. Grassi, giustamente credè tale argomento degno di studio, ed avendo opportunità di visitare molte ammalate, sia alla maternità, sia alle consultazioni pubbliche e private ha potuto stabilire :

1° Essere l' eccessiva mobilità dell' utero assai frequente.

2° Il non aver tenuto conto di tal forma morbosa essere stata causa di disaccordo fra i vari autori a proposito della relativa frequenza della antiversione e retroversione.

3° Tale malattia poter essere congenita o acquisita.

4° Esser talora la mobilità uterina dovuta all'*usura* del tessuto adiposo. Come pure doversi una parte dei fenomeni dolorosi concomitanti allo stato congestivo delle ovaie.

Finalmente conclude doversi sempre tentare la immobilizzazione che permette all' inferma di tollerare altre cure adattate a risolvere i processi morbosi concomitanti la eccessiva ed abnorme motilità dell' utero.

Quindi lo stesso Dott. Grassi, comunica all'Accademia alcune considerazioni fatte sopra di un caso che gli occorse osservare, di cambiamento di presentazione, avvenuto in una donna accolta nella Clinica Ostetrica a soprapparto già incominciato da 15 ore circa.

Le acque erano scolate da parecchie ore e la parte presentata risultò essere il piano laterale sinistro, con inclinazione dorsale; fatto il rivolgimento e poi l'estrazione, si

constatò che oltre al tumore del parto esistente nella regione fetale suddetta, eravene un altro sulla natica sinistra. Questa prova irrefragrabile di una primitiva presentazione podalica, cambiatasi in una del tronco, nonostante lo scolo del liquido amniotico, mette il caso in questione fra i più interessanti della pratica ostetrica; sicchè il Dott. Grassi, dopo avere accennato ai fatti congeneri narrati dagli autori, si studia d' indagare la causa o le cause di una violazione così aperta delle leggi che reggono il meccanismo del parto.

Nel caso attuale il Dott. Grassi, crede che il volume del feto, e le qualità della presentazione abbiano figurato come cause predisponenti al fatto in questione, mantenendo sempre oscillante allo stretto superiore la regione fetale che avrebbe dovuto impegnarsi nel bacino. Crede poi che la causa determinante la si debba trovare nella cattiva direzione delle contrazioni uterine o per meglio dire nella cattiva direzione dell'asse uterino che era esageratamente inclinato da destra a sinistra.

Il socio Dott. Corso legge quindi le conclusioni di alcuni esperimenti *sul midollo spinale delle anguille* (Vedi la sua pubblicazione: *le tre coscienze*).

I fenomeni antichi veduti da Pflüger, e i nuovi osservati dal Prof. Oehl nei ranocchi e nelle anguille, proverebbero che il midollo spinale è capace di coscienza e di volontà. Ecco i fatti principali su cui si fonda questo giudizio. Il ranocchio, nel quale sono messi fuori d'azione il cervello ed il midollo allungato, tagliando il solo midollo, onde evitare l'emorragia, a un centimetro circa dall'articolazione del cranio colla colonna vertebrale:

1°. Asciuga l'acido acetico, posto intorno alla cloaca, adducendo gli arti pelvici; tolti questi, fregandosi il perineo e l'addome cogli arti toracici.

2°. Asciuga l'acido, posto sopra la pelle ascellare, adducendo il braccio corrispondente; e se impedito, o ap-

puntato questo, tenta raggiungere lo scopo, non coll'arto toracico sano, perchè troppo corto e poco mobile, ma colla zampa posteriore corrispondente.

Pflüger osservò che la porzione caudale dell'anguilla decapitata, messa vicino alla fiamma, se n'allontana, flettendosi verso il lato opposto e non secondo la legge della riflessione.

Il Prof. Oehl vide, che le sezioni gradatamente superiori al tratto caudale, eccitato dalla fiamma, si contraggono quasi sempre dal lato corrispondente alla medesima allontanandosene. In ambidue i casi, fa notare l'Oehl, viene fatto il movimento più opportuno per allontanare il punto eccitato dalla fiamma, una volta secondo la legge della riflessione, e l'altra no. Se la coda si contraesse seguendo la detta legge, si scotterebbe entrando nella fiamma.

L'A. dice di potere aggiungere i seguenti nuovi fatti:

1° Stringendo colle pinzette una delle pinne, la parte superiore dell'anguilla decapitata si volta dal lato opposto come per sottrarsi alla sensazione molesta. Le pinne messe ad angolo retto col dorso si serrano a questo, se eccitate dalla fiamma.

2°. L'anguilla decapitata se messa in un bicchiere in modo che restino fuori circa 35 millimetri della parte anteriore, si volge più volte in su; incurvasi quindi verso il lato opposto a quello che poggia sul bordo del bicchiere; se non entra tutta in questo, rimane penzoloni ed immobile.

3°. La coda dell'anguilla dimezzata, sia giacente sul dorso o sull'addome, tenuta orizzontalmente con questo rivolto in giù o in su, o verticalmente colla coda in basso, si contrae sempre allontanandosi dallo stimolo, qualunque esso sia.

4°. Se all'anguilla dimezzata giacente sull'addome, si tocca il bordo dorsale, s'incurva accostando il punto ec-

citato alla superficie della tavola; toccando leggermente il bordo inferiore, se ne stacca formando un arco.

5°. Invece, l'eccitazione dei bordi caudali fatta in punti distanti dalla punta non più di 15 millimetri, produce la flessione sempre crescente della coda verso il bordo opposto a quello eccitato. Basta l'eccitazione leggera del bordo flesso, perchè la coda si raddrizzi subito. Superiormente al punto indicato si ha il fatto n. 3°. Questo punto varia insieme alla lunghezza dell'anguilla.

6°. Se la metà posteriore dell'anguilla giace su uno dei lati, coll'estremità caudale penzoloni, si agita come per trovare un appoggio alla coda sospesa nell'aria, e spesso riesce a portarla sul tavolino e allora si acquieta.

7°. Se la parte penzoloni è relativamente grande, dopo alcune contrazioni a mano a mano decrescenti, vi resta. La metà posteriore dell'anguilla si comporta in questo caso come un ranocchio, tenuto verticalmente colla testa in alto, il quale fa varie contrazioni per tenere flesse l'estremità posteriori, ma stancatosi, queste si allungano a poco a poco e restano distese.

8°. Se si applica una lastra di vetro, supponiamo, alla superficie destra dell'estremità caudale, per impedire la contrazione verso destra, e poi si accosta la fiamma alla superficie sinistra, l'estremità caudale si stacca dal vetro cui aderiva, flettendosi verso la fiamma e poi in alto.

9° Se si eccita fortemente colla fiamma la superficie destra della coda, questa se n'allontana piegandosi a sinistra; se si lascia la superficie destra vicino alla fiamma, ma non tanto, e subito dopo si tocca leggermente la superficie sinistra della coda, questa non si contrae come suole ordinariamente verso destra, ma a sinistra, come se intendesse che è un male minore accostarsi all'oggetto che la tocca appena, e non alla fiamma che l'ha poco prima scottata. Se invece si tocca colla punta d'un coltellino, la coda si piega a sinistra allontanandosi dalla punta e

dalla vicina fiamma. Questi due fenomeni non sono costanti, io credo perchè l'eccitazione forte cambia l'eccitabilità nervosa dell'anguilla, e poi è quasi impossibile eccitarla colla fiamma sempre ugualmente.

10°. La coda dell'anguilla eterizzata si piega verso la fiamma che la eccita; passata l'eterizzazione, se n'allontana.

Infine il Prof. Pietro Pellizzari presenta *un caso notevole di androgenia*. Si tratta di un individuo, romano rachitico, con baffi e pizzo, con voce grossa, con pelle bruna, con petto maschile, muscoli ben sviluppati. La direzione dei peli sul pube e sulla linea mediana del ventre è veramente come nel maschio. Vi ha una piccola verga con un glande notevole, scoperto e imperforato. Al di sotto della base della verga vi ha l'apertura dell'uretra e più in basso l'ostio vaginale, con i lacerti dell'imene. Introducendo in vagina un dito si sente fortemente ristretta.

Il Prof. Pellizzari dice che non ha trovato la bocca uterina, nè l'utero, nè i testicoli, in alcuna parte accessibile alla palpazione. Agli inguini si hanno delle grosse glandule indolenti. La verga è capace di erezione, però questo fatto è incompleto, mentre questo individuo è più dedito ad usare con il sesso maschile.

Il Prof. Pellizzari crede che il cercine da esso sentito e che si trova in fondo alla vagina, possa essere un rudimento di utero, tanto più che l'individuo afferma che a 17 anni, per due volte, ebbe un scolo sanguigno dalla vagina, e attualmente ogni mese ha disturbi speciali. Emette quindi l'ipotesi che possano esistere le ovaje. Conclude pel sesso dubbio del soggetto.

Il Dott. Brigidi fa osservare che quella verga gli sembra un clitoride con la mucosa modificata e la sua forma primitiva. Nega esistere vero ermafroditismo.

Il Prof. Pellizzari dichiara non ammettere l'ermafroditismo; conclude per credere che qui il soggetto sia più donna che uomo, ma che vi si trovano i genitali dei due sessi più o meno sviluppati.

Aperta la discussione sulla memoria presentata nella seduta dell'aprile, nessuno si presenta a porla in discussione: quindi la seduta è dichiarata chiusa ed i Soci sono invitati dal Prof. Pietro Pellizzari a passare nel suo gabinetto per completare l'esame degli organi genitali dell'individuo da esso presentato.

I resultati di questo esame narrati nello *Sperimentale* del maggio 1881 furono i seguenti:

L'orificio uretrale ammette una siringa, che conduce direttamente in vescica.

L'ostio vaginale permette al dito la esplorazione, ma si contrae violentemente su di esso. Il canale vaginale è vellutato, dilatabile ed il suo fondo offre un avvallamento circondato da cercine elastico. Lo speculo non può introdursi. La sonda non trova un'apertura al fondo della parete vaginale, ma la sondatura vescicale combinata con la ispezione vaginale fatta col dito, fa sentire che vi ha un corpo duro e carnoso, che occupa la sede dell'utero. Si conferma infine che non esistono testicoli in qualsiasi parte e che a destra vi è una glanduletta ingorgata ma indolente, che è comparsa da tre anni, dopo uno sforzo.

V° Il Vice-Presidente
Dott. V. Brigidi.

Il V. Segretario
Dott. M. Michelacci.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 3 LUGLIO 1881.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice Presidente.*

Sono presenti i soci Conservatori: Prof. Paganucci, Dott. Ceccherelli, Boncinelli, Bertini Oreste, Bianchi, Faralli, Giuntoli, Grassi, Grilli, Nesti, Tommasi, Turchini, Urbino, Vecchietti, e il Segretario delle Corrispondenze.

Letto e approvato il rapporto della precedente Adunanza, presentati i doni pervenuti alla Società, viene data la parola al Dott. Vecchietti il quale discorre *sull'uso dell'acido fenico nelle malattie croniche dei polmoni e dei bronchi.* Nella sua memoria, fatta la storia dell'uso dell'acido fenico nelle affezioni surriferite, e premesso che egli l'ha usato in soluzione alcoolica, di due parti di acido fenico su una di alcool, da prendersi a gocce in un poca d'acqua, cominciando a farne prendere 5 o 6 gocce due volte al giorno, e quando sia tollerato aumentando di 2 gocce ogni 3, o 4 giorni fino alle 15 o 16 gocce per volta, passa a dire in quali casi l'abbia usato e con quali resultati. Dice che in tal modo somministrato riesce facile a prendersi e che non ha mai avuto ad osservare gli inconvenienti che si sono talora verificati nella pratica chirurgica specialmente colla medicatura alla Lister, venendo in ultimo alle seguenti conclusioni: 1° che l'uso interno dell'acido fenico è un eccellente rimedio nelle malattie croniche dei polmoni e bronchi; 2° che la sua massima efficacia si spiega quando la malattia è a processo suppurativo; 3° che anche nelle vere tubercolosi

polmonari, nelle quali la guarigione è problematica e rarissima, si possono migliorare molto le condizioni del malato ed ottenere resultati soddisfacenti.

In seguito il Dott. Aurelio Bianchi, prendendo occasione dalle recenti pubblicazioni del Luton di Reims *sopra la dieta acquea nelle febbri tifoidee*, fa osservare: che questo metodo terapeutico, fu adoperato per la prima volta in Italia e precisamente in Napoli verso il 1720 dal Magliano, dall'Aurunzio e dal Cirillo: che le indicazioni che ne dettero questi Medici italiani sono identiche a quelle che oggi sono date dal ricordato Medico francese; e che l'unire, come egli fa, i necessarii medicamenti alla suddetta dieta è cosa che fu pure adoperata in Italia verso la medesima epoca. Riferisce poi il Dott. Bianchi tre casi di tentativi di questa cura da lui compiuti e che non furono tollerati dagl'infermi. Conclude infine che scopo di questa rivista sulla dieta acquea non era quello di rimettere assolutamente in vigore questo modo di cura, ma di rammentare che in Italia si è adoperata prima che altrove, dandole assetto scentifico, e al tempo stesso per deplorare che gli stranieri trascurino affatto di tenere conto dei nostri lavori, vendendo come studii originali e proprii quelli che loro dovrebbero essere noti se più facessero tesoro della storia della medicina e di quello che in altri paesi fu fatto, e più specialmente scritto e stampato.

In ultimo il Dott. Urbino parla *di un caso di stenosi laringea prodotta da tumore epiteliale della glottide che prendeva origine dal ventricolo sinistro della laringe.* Il paziente era uomo robusto, sui 60 anni, stato sempre sano fino a quel momento. L'epitelioma occupava lo spazio sopraglottico, mentre la porzione sotto-glottica era sana. Esauriti i mezzi ordinarii per scongiurare il pericolo dell'asfissia e dovendo aprire una via artificiale all'ingresso dell'aria

invece di ricorrere alla crico-tracheotomia, pensò in tal caso d'impiegare il processo che immaginato, e raccomandato dal Vicq d'Azyr, fu richiamato in questi ultimi tempi in onore del Krishaber di Parigi e con felice successo praticato varie volte da alcuni chirurghi, specialmente francesi. Tale processo fu dal Krishaber chiamato laringotomia inter-crico-tiroidea e consiste nell'aprire una via all'aria incidendo la membrana o ligamento crico-tiroideo, introducendo quindi nel canale laringo-tracheale una cannula speciale la quale non differisce dall'ordinaria che nell'avere la cannula interna foggiata a becco alla sua estremità libera e sorpassante di un buon terzo l'orlo della cannula esterna. Appena penetrata la cannula nelle vie aeree si toglie l'interna fatta a becco e la si sostituisce con una ordinaria cannula interna e la respirazione si fa fin d'allora completa. L'operazione consiste quindi di 4 tempi brevissimi:

1°. Ricerca (a testa fortemente rovesciata in dietro) delle due prominenze cartilaginee formate, in alto dall'angolo inferiore della tiroide, e in basso dall'anello cricoideo, e limitazione coll'apice del dito indice sinistro dello spazio fra essi compreso;

2°. Incisione a strati dei tessuti molli per la lunghezza di 3 a 5 centim. fino a porre allo scoperto la membrana crico-tiroidea;

3°. Puntura di questa membrana ed incisione di essa dall'alto al basso e dal basso all'alto;

4°. Introduzione della cannula a becco.

Il Dott. Urbino narra quindi che egli potè eseguire facilmente e prontamente l'operazione senza avere emorragia, tale non potendosi considerare la perdita di poco sangue da una vena subcutanea, arrestata subito con una pinzetta emostatica; l'introduzione della cannula fu facile e rapidissima, e immediatamente il malato potè respirare liberamente. Al terzo giorno fu cambiata la cannula e dopo

pochi giorni il malato potè lasciare Firenze e tornare al suo paese provvisto di una cannula di Cautchouc vulcanizzato.

Il Dott. Urbino finisce raccomandando questo processo come più semplice e più spedito di quello ordinario, come meno soggetto agli inconvenienti dell'ordinaria tracheotomia e alle difficoltà d'introdurre la cannula specialmente nei casi d'imminente asfissia, come processo che può eseguirsi da soli in mancanza di aiuto, ed eseguibile tanto negli adulti come sui bambini non essendovi in tal caso che da modificare il calibro della cannula.

Dopo ciò fu aperta la discussione sulla memoria letta nella passata Adunanza dal Dott. Grassi sopra *la esagerata mobilità dell'utero nella gravidanza.* Intorno a questa sorse una discussione fra il Dott. Giuntoli e l'Autore sul modo di giudicare di questa mobilità, tenendo conto di quella mobilità uterina che può dirsi fisiologica. Il Dott. Giuntoli finiva col dimandare che cosa doveva intendersi per esagerata mobilità uterina? Il Dott. Grassi rispondeva che quando egli aveva detto esagerata mobilità dell'utero, aveva voluto indicare una mobilità maggiore e più estesa di quella normale e fisiologica.

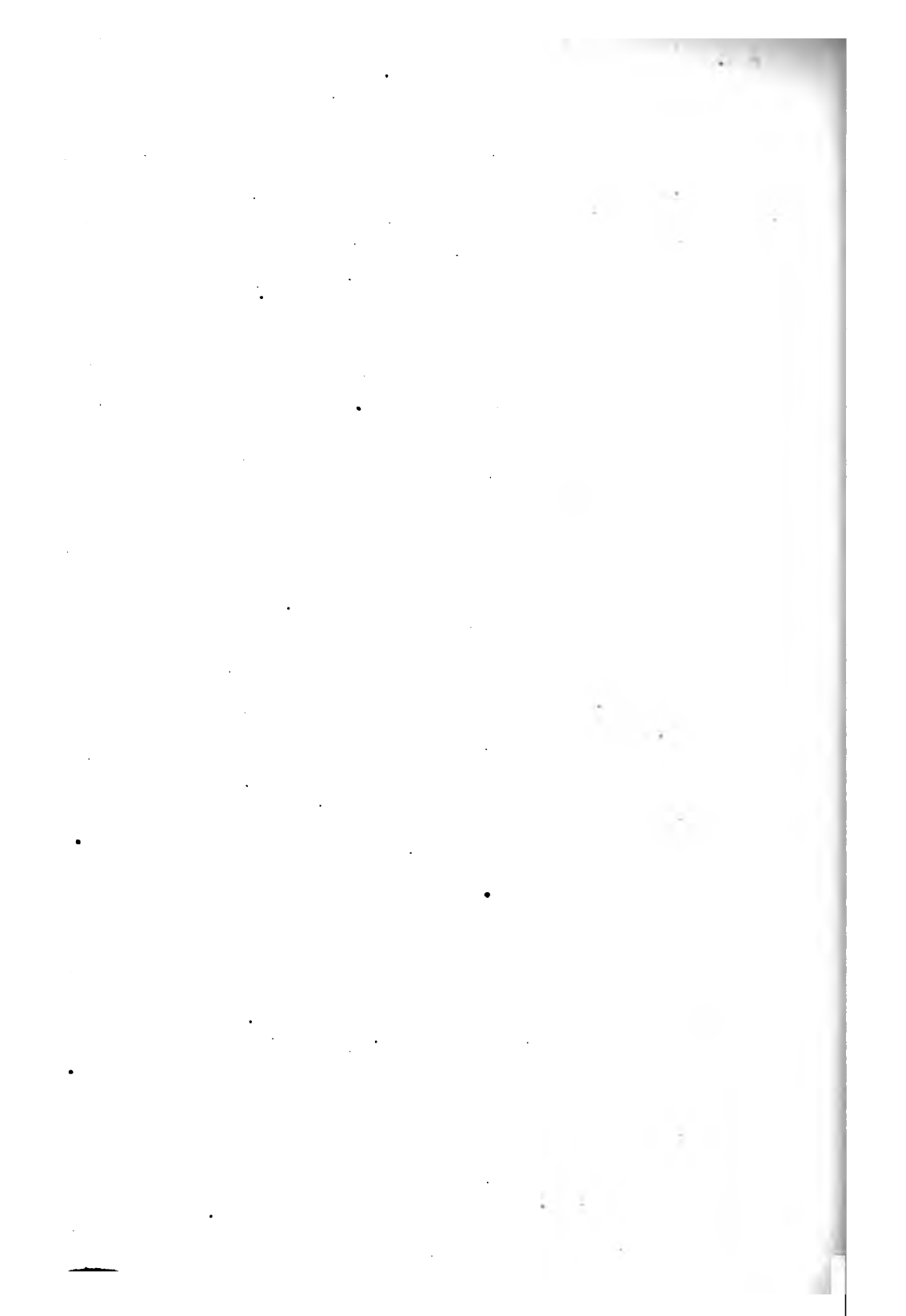
Dopo ciò l'Adunanza pubblica fu chiusa, rimanendo i soci adunati in seduta privata.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. Zannetti.

ANNO ACCADEMICO 1881-82

Presidente,	**Prof. PIETRO BURRESI**
Vice-Presidente,	**Dott. VINCENZO BRIGIDI**
Segretario,	**Dott. CELSO PELLIZZARI**
Vice-Segretario,	**Dott. MICHELE MICHELACCI**
Segretario delle Corrispondenze,	**Dott. RAFFAELLO ZANNETTI**

Nota — Per deliberazione presa dalla Società nell'Adunanza privata del dì 6 febbraio 1881, l'anno Accademico si apre con la prima domenica di novembre e si chiude con la prima domenica di luglio; le Adunanze ordinarie sono in numero di nove e si tengono ogni prima domenica del mese.

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 8 GENNAIO 1882.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti i soci conservatori: Professori Paganucci, Eccher, Dottori Zannetti Raffaello, Simi, Faralli, Tommasi, Banti, Ceccherelli, Pereyra, Boncinelli, Bianchi, Stacchini, Grassi, Urbino, Giuntoli, Michelacci Michele, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica del dì 8 maggio 1881 e quello dell'Adunanza del dì 3 luglio 1881, il Segretario comunica alla Società una lettera d'invito della Presidenza del Comitato pel Congresso Medico che si terrà in Modena nel settembre venturo.

Il Segretario delle Corrispondenze enumera i varii giornali, e le pubblicazioni giunte in dono alla Società.

Il Segretario depone al banco della Presidenza una memoria sulla *Tisi polmonare negli eserciti* inviata dal socio Dott. Ricciardi.

Sopra questo argomento tante volte discusso l'A. ci invia oltre la memoria, che rimane a disposizione dei soci, il seguente riassunto:

1°. La tisi polmonare sia tubercolare come caseosa, è frequente negli eserciti, ed è quella che dopo le malattie infettive cagiona la maggiore mortalità.

2°. Nell'esercito italiano la mortalità per tubercolosi, emottisi, bronchite cronica ed altre malattie croniche del polmone raggiunse nel quadriennio 1875-78 la proporzione di 2,20 su 1000 uomini della forza media: la proporzione dei riformati fu nello stesso periodo di tempo di 2,95: quindi perdita totale 5,15. Questa perdita è superiore a quella dell'esercito francese e germanico, inferiore d'assai a quella dell'esercito inglese dove questa mortalità fu nel quinquennio 1871-75 di 2,54 e le riforme di 5,37 per mille: totale 7,91. Nell'esercito germanico la proporzione dei morti per questa malattia arrivò appena nei cinque anni dal 1873 al 1878 a 0,84, molto meno cioè che nel nostro esercito; quella dei riformati fu di 2,37 ossia alla nostra di poco inferiore. E qui vuole essere avvertito che nelle statistiche sanitarie dell'esercito germanico, oltre le riforme per tisi, altre se ne trovano per manifesta disposizione alla tisi. Nell'esercito austriaco i morti per la stessa malattia furono nel quadriennio 1869-72 in ragione di 3,30 per mille, nel quadriennio 1873-76 di 2,30 come quasi nell'esercito nostro. Le statistiche austriache non mettono i riformati dell'esercito attivo in rapporto con la forza dell'esercito. Per l'esercito russo nè i morti, nè i riformati per tisi si possono mettere in rapporto con la forza dell'esercito, ma solo con tutti gli altri morti e tutti gli altri riformati; ma da questo rapporto apparisce che la tisi è malattia delle più frequenti, costituendo essa sola quasi la metà di tutta la mortalità militare.

È stata lungamente agitata la questione, e non ancora risoluta, se la tisi polmonare sia negli eserciti più

frequente che nel rimanente della popolazione dello stesso sesso ed età. Mancano per ora documenti certi per questo confronto. Ma dai pochi dati che abbiamo potuto raccogliere parrebbe potersi arguire che i morti per tisi nell'esercito sono in proporzione minore che nelle popolazioni civili per lo stesso numero di viventi. Ma nell'esercito vi sono ancora i riformati, gran parte dei quali sono condannati a certa morte. Questi aggiungendo agli altri si trova che le perdite sono nell'esercito un poco superiori a quelle della popolazione civile. Ma questo poco è molto se si considera che l'esercito comprende il fiore della gioventù, gli uomini più robusti e più sani che sono i meno disposti alla tisi.

Ora quali sono le circostanze che influiscono a modificare la costituzione organica per modo da indurvi la disposizione alla tisi?

La causa principale della frequenza della tisi negli eserciti è stata fino da antico riguardata la vita a comune, il respirare l'aria confinata o inquinata delle caserme. A questa causa la Commissione Reale di Londra attribuì la frequenza della tisi nell'esercito inglese. E il fatto dimostrò che aveva ragione, poichè dopo la costruzione delle nuove caserme, dietro i più saldi principii della igiene, la tisi diminuì considerevolmente nell'esercito della Gran Brettagna. Esempii di tisi sviluppata e dominante nelle case, nei monasteri, nelle prigioni in cui l'aria è scarsa o mal rinnovata si trovano a centinaja negli autori.

Altra causa che concorre potentemente a generare la tisi, offendendo il processo di nutrizione è la scarsa o prava alimentazione. Il vitto degli eserciti in generale è buono; potrebbe questionarsi se sia sufficiente per giovani da 20 a 25 anni che lavorano. Ma questo si può sostenere non essere la causa principale della tisi negli eserciti, perchè l'esercito inglese e russo che sono i migliori nutriti, sono forse i più travagliati dalla tisi.

Le guardie notturne possono pure danneggiare l'organismo in modo da renderlo proclive alla tisi. Il sonno è un indispensabile elemento riparatore, tanto più necessario ai giovani che non hanno ancora compiuto lo sviluppo organico, e la sua perdita continuata, pervertendo il sistema nervoso, offenderà certo il processo di nutrizione con tutte le conseguenze che ne sogliono derivare.

Lo sviluppo della tisi o il suo passaggio dallo stato latente o cronico allo stato evidente o acuto è favorito dal cambiamento di clima. E le statistiche inglesi hanno dimostrato che non solo è pericoloso a questo riguardo il passaggio dal sud al nord, ma anche dal nord al sud.

Il servizio militare per sè stesso, le fatiche che vi sono inerenti, le marcie, gli esercizii troppo violenti o troppo prolungati, specialmente con lo zaino addosso, che oltre aumentare lo sforzo generale affatica particolarmente gli organi respiratori e circolatori, sono non ultimi motivi che concorrono a preparare il terreno alla tisi.

La causa occasionale più frequente e più potente della tisi nei militari, è l'azione dei comuni agenti atmosferici, è il freddo, il freddo umido, le correnti d'aria a cui sono tanto frequentemente esposti. Molto rara è nei soldati la vera tubercolosi polmonare primitiva sia cronica che acuta. La polmonite catarrale, la bronco-alveolite è in loro l'ordinario processo generale della tisi, che quasi sempre è la conseguenza di un semplice catarro bronchiale o tracheale trascurato, ovvero di una malattia eruttiva specialmente del morbillo, di cui ogni anno occorrono delle piccole epidemie massime nei coscritti.

Vediamo ora quali sarebbero i provvedimenti più importanti per cercare di ristringere nell'esercito questa terribile malattia.

È necessario prima di tutto una rigorosa scelta dei soldati; che sieno eliminati tutti coloro che potrebbero avere anche una lontana disposizione alla tisi. Il nuovo

elenco delle infermità esimenti dal servizio militare, che stabilisce per l'accettazione dei soldati un rapporto determinato fra la statura e la periferia toracica porterà, ne siamo sicuri, in avvenire i suoi frutti.

Si eviti l'affollamento delle caserme, si procuri una buona e non interrotta ventilazione nei dormitori. Se non si può seguire l'esempio della Inghilterra sostituendo alle attuali, nuove caserme fondate sui sani principii della igiene, si migliorino almeno quelle che abbiamo, assicurando specialmente di notte il necessario rinnovamento dell'aria, e ad ogni uomo sia assegnato indispensabilmente un conveniente spazio cubico nei dormitori.

Il vitto del soldato sia abbondante, variato, ricco di materiali albuminoidi e grassosi, sia proporzionato alla costituzione organica e alla attività dell' individuo.

Agli uomini che hanno passato la notte in servizio sieno concesse il giorno appresso almeno sei ore di riposo continuato in camere appartate, ove sia modo di dormire tranquillamente.

Le fatiche non siano eccessive; il coscritto si avvezzi a poco a poco agli esercizi militari; si dia molto tempo alla ginnastica, ma sia diretta con accorgimento, e graduata secondo le forze individuali. Sia fatta senza zaino, a allo scoperto, con le membra e il petto liberi da ogni impaccio, sia intesa specialmente allo sviluppo delle forze respiratorie.

I soldati non si espongano senza necessità alle intemperie atmosferiche. Abbiano buoni vestiti e buone coperture pel letto; non si alleggeriscano nè si espongano a corrente d'aria quando tornano dagli esercizi; si impedisca il soverchio riscaldamento dei corpi di guardia, causa frequente di raffreddori.

Finalmente sieno evitati i repentini passaggi di clima. I coscritti sieno tenuti per qualche mese ai distretti prima di passare ai reggimenti, e questo passaggio si faccia alla

buona stagione. I cambiamenti di guarnigione sieno ordinati in modo, che i reggimenti non sieno balzati da un capo all'altro d'Italia, ma sieno tramutati da un luogo ad altro vicino e per clima affine.

È aperta quindi la discussione sulle memorie presentate nell'Adunanza del 3 luglio passato dal Dott. Vecchietti e del Dott. Urbino; ma nessuno prendendo la parola la seduta pubblica è sciolta e i Soci sono pregati a rimanere in seduta privata.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. C. Pellizzari.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 5 FEBBRAIO 1882.

Alla Presidenza, il Dott. V. Brigidi, *Vice-Presidente.*

Sono presenti i soci conservatori: Professori Paganucci, Eccher, Dottori Zannetti Raffaello, Urbino, Ceccherelli, Pereyra, Boncinelli, Giuntoli, Tommasi, Bianchi, Banti, Marcacci, Turchini ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica del dì 8 gennaio scorso, il Segretario delle Corrispondenze enumera le pubblicazioni mediche ed i giornali giunti in dono alla Società.

Ha poi la parola il socio Dott. Urbino il quale narra la storia di un *Caso di paralisi della corda vocale destra per compressione del ricorrente esercitata da un aneurisma all'arco aortico.* Un individuo di cinquant'anni ex-militare dopo essere stato affetto da una bronco-pneumonite ed essersi perfettamente ristabilito, fu preso gradatamente da disfonia ed accessi lievi di stenosi laringea durante la notte e stando in posizione supina. Credè si trattasse di una semplice laringite e come tale la curò, quando non trovando alcun sollievo si presentò al Dott. Urbino per essere esaminato col laringoscopio. Questo esame rivelò paralisi d'adduzione alla corda vocale destra senza altra lesione della laringe, la quale si presentava nel suo aspetto normale. Escludendo ogni causa intrinseca della laringe, la paralisi non era da attribuirsi altro che a causa centrale o periferica del ricorrente.

Interrogato il malato si venne a conoscere che esso portava alla regione anteriore del petto in corrispondenza della 3ª articolazione costo-sternale destra, una intumescenza dolorosa la cui comparsa datava da 2 mesi ed era stata preceduta da dolori nevralgici nel plesso brachiale e dei nervi intercostali. Esaminato il tumore, esso presentava tutti i segni evidenti e manifesti di aneurisma dell'arco aortico che aveva cominciato ad usurare la costa.

L'aneurisma comprimeva altresì il ricorrente e di qui la paralisi della corda vocale destra.

L'importanza del caso, consiste secondo il Dott. Urbino, nel fatto che l'esame laringoscopico col suo responso aveva guidato alla scoperta di un aneurisma, del quale il malato non aveva fatto cenno e che era egualmente sfuggito a chi aveva visitato antecedentemente l'individuo.

Il sottoscritto presenta alla Società tre membri di una stessa famiglia ammalati accidentalmente di sifilide. La origine di tale infezione si deve ad un bambino nato da genitori sifilitici e preso, mentre non presentava traccia di malattia, per essere allattato il 12 agosto scorso dalla donna Antonietta Gori. Il bambino mostrò le prime manifestazioni nella zona genito-anale un mese più tardi; e dopo altri quindici giorni anche alla bocca. Ai primi di novembre la donna volle restituire il bambino ai genitori, ma essa presentava già i primi segni di malattia; tanto è vero che il 29 di dicembre oltre a tre ulceri infettanti alle mammelle si avevano già in lei le manifestazioni generali.

La donna dormiva col marito: un bambino di nove anni dormiva nello stesso letto: altre due bambine dormivano separate in altro letto. Queste a tutt'oggi sono rimaste sane. Invece il bambino, sia per essere stato asciugato con dei panni che servivano alla madre, sia per aver poggiato il viso sul seno materno, verso la metà di novembre si ammalò al punto di riunione delle pal-

pebre al canto interno dell'occhio sinistro. Che si trattasse di una ulcera infettante lo mostrano oltre i caratteri della località, gli ingorghi grossissimi di tutte le glandule risedenti davanti e dietro all'orecchio non che al disotto della mascella a sinistra; e le manifestazioni generali delle quali si mostrò coperto fino dalla visita fatta il 10 di gennaio scorso.

Dopo il figlio venne la volta del padre, ed è possibile che questi ricevesse da quello la malattia inquantochè il bambino aveva dormito alla destra del padre e como si è veduto era ammalato dall'occhio sinistro. Ora il padre si ammalò per l'appunto al canto interno dell'occhio destro una quindicina di giorni dopo il bambino. Alla visita del 29 dicembre il padre non presentava segni d'eruzione generale; questi cominciarono ad apparire il 10 gennaio, quando invece nel bambino erano arrivati al punto di massima intensità.

La sede precisa dell'ulcera del padre, era discutibile: infatti, alcuni medici che avevano veduto l'ammalato qualche giorno prima del sottoscritto, avevano dichiarato trattarsi di una ulcera della congiuntiva. Vicevrsa il Dott. Pereyra che aveva veduto l'ammalato il 27 dicembre, ed il sottoscritto che l'aveva veduto il 29, ritenevano piuttosto che l'ulcera si fosse impiantata, nel terzo interno della palpebra superiore. Infatti in quel punto esisteva, un rossore cupo circoscritto, in un punto dove anche l'epidermide, non aveva i caratteri normali, soppannato da infiltramento duro dei tessuti sottostanti. Esisteva pure un rossore più diffuso all'intorno, ed edema di tutto il canto interno dell'occhio. Sulla sclerotica nella regione corrispondente, si vedeva un sollevamento chemotico per infiltramento episclerale, traversato da fini vasi saguigni. Ora il sottoscritto pensando alla rarità nell'ulcera della congiuntiva, credeva possibile che quell'essudato episclerale, fosse spiegabile anche con l'ulcera della palpebra. Ed

avvalorava il suo concetto col fatto, notato dal Wecker, che le poche ulceri infettanti della congiuntivite, sono state accompagnate dall'ingorgo prevalente (per non dire unico) della glandula preauricolare. Ora nel caso nostro, questa glandula era ingrossata ma pochissimo, mentre lo erano molto più la mastoidea, e tutte quelle sottomascellari.

Aperta la discussione, a norma del regolamento, sulla comunicazione fatta dal Dott. Urbino, sulla quale nessuno ha preso la parola, e su quella del sottoscritto, il Dottore Pereyra chiede la parola, e dice poche cose, confermando l'opinione che l'ulcera infettante, di cui è stata fatta menzione, nell'ultimo caso non avesse realmente sede sulla congiuntiva, ma piuttosto sulla palpebra superiore.

È aperta quindi la discussione sulla memoria presentata dal Dott. Ricciardi nell'Adunanza dell'8 gennajo riguardante la tisi negli eserciti.

Il Dott. Raffaello Zannetti riassume brevemente la memoria, ne enumera i pregi, dice quali punti sarebbero per lui suscettibili forse di discussione, ma facendo astrazione da questi particolari, crede di potere accettare le conclusioni del Dott. Ricciardi. Nota che purtroppo, però ogni discussione sarebbe oziosa; perchè tutti ci possiamo sentire capaci, di fare delle proposte assennate, ma dall'altro lato, vi sono le necessità insormontabili della organizzazione militare. Si limita perciò a proporre, che la Società dia un voto di adesione, alle conclusioni espresse dal Dott. Ricciardi nella sua memoria.

Dopo una discussione più o meno strettamente legata, alla proposta Zannetti, alla quale prendono parte, i Dottori Tommasi, Banti, Ceccherelli; il Vice Presidente pone la questione, se la Società intende di dare questo voto di adesione subito, o se crede meglio di dare a studiare la questione ad una commissione, che referisca in altra adunanza, e sul rapporto di questa commissione, pronunciars

circa al voto di adesione. La Società si pronunzia favorevole alla prima proposta, ed il voto di adesione viene accettato.

Il Dott. Zannetti formula allora una seconda questione, se cioè la Società intende di prendere l'iniziativa per stabilire delle norme generali, per avere una statistica internazionale, uniforme sulla frequenza della tisi negli eserciti, e sui rapporti di frequenza, fra militari e civili.

Messa ai voti la proposta, questa non viene accettata. Dopo di che la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. C. Pellizzari.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 2 APRILE 1882.

Alla Presidenza, il Prof. P. Burresi, *Presidente*.

Sono presenti: i soci conservatori Prof. Paganucci, Dottori Zannetti Raffaello, Bianchi, Grilli, Banti, Michelacci Michele, Boncinelli, Stacchini,. Faralli, Marcacci, Nesti, Tommasi, Giuntoli ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'ultima Adunanza, si comunicano alla Società alcune lettere ed i titoli delle pubblicazioni giunte in dono.

Il socio Dott. Bianchi parla di *alcuni casi di malattia gastrica* nei quali è stata adoperata come cura *la irrigazione dello stomaco.*

Due di questi casi sono stati osservati nella Clinica Medica di questa città, un terzo nella pratica privata. Nei primi due si trattava: di gastrite cronica che datava da molti anni e di catarro gastrico cronico dei bevitori: nel terzo di emorragie ripetute della parete gastrica per carcinoma. In tutti si osservò facilità nell' introduzione della sonda, completa fuoriuscita del contenuto gastrico e nessun disturbo sia locale che generale.

Nei due malati della Clinica Medica le irrigazioni gastriche si fecero con acqua alla temperatura dell' ambiente e con bicarbonato di soda: nel malato di cancro gastrico con acqua Pagliari che frenò bene l'emorragia.

A conferma delle cose dette il Dott. Bianchi presenta il malato di gastrite cronica il quale può dirsi

guarito e gode ottima salute continuando da sè la irrigazione una volta al giorno, e fa vedere il modo semplice e facile col quale si compie la introduzione della siringa e la necessaria lavanda dello stomaco.

Ha poi la parola il socio Dott. Grilli il quale fa *una comunicazione sopra l'età dei pellagrosi.*

Il Dott. Grilli lamenta che in generale tutti gli studiosi della pellagra poco si siano curati di stabilire quali sono le età in cui maggiormente infierisce questa malattia; e con varie citazioni di diversi autori dai più antichi ai recentissimi dimostra come su questo proposito le idee siano restate non solo incerte ma anche completamente fra loro contradittorie. — Ciò a parer suo deriva dal modo inefficace od erroneo con cui furono raccolti i fatti, essendochè le statistiche, dalle quali si è voluto rilevare l'età dei pellagrosi sono o relative ad un numero troppo ristretto di casi o raccolte in circostanze speciali capaci di per sè sole ad alterare il vero.

Egli sperò che l'inchiesta governativa ordinata il 13 settembre 1878 potesse riescire a dileguare ogni dubbio su questo punto; ma così non fu perchè all'invito Ministeriale la sola provincia di Como rispose tenendo esatto conto dell'età; le altre provincie in generale non se ne occuparono punto ed anche quelle poche, come Cremona, Modena, Novara, Verona, che ne tennero un qualche conto lo fecero per gruppi di dieci, venti, trenta e perfino di quaranta anni; per modo che cotesto raggruppamento di anni rende impossibile di rilevare qualche cosa di preciso.

E quindi il Grilli si diede a qualche ricerca per conto proprio; e non potendo ricavare i dati dalle statistiche dei Manicomi, perchè queste indicano l'età dei folli pellagrosi e non quella dei pellagrosi in generale; e neppure credendo di potersi valere delle statistiche degli

Spedali comuni ove si accolgono i pellagrosi, perchè la età di per sè sola può bastare a far decidere della convenienza o meno del ricovero in uno Spedale, egli cercò di raccogliere i fatti nel campo il più vasto che gli fosse possibile ed all'infuori di ogni circostanza speciale, capace di ricevere influenza dell'età. — Ed in tal modo compilò un prospetto, che presenta alla Società, sopra 751 pellagrosi, avvertendo però che questo numero non è sufficiente per toglierne dei dati positivi e può lasciare in qualche dubbio. È però sperabile che un tal dubbio sia dileguato dal resultato della seconda inchiesta governativa, che si referisce ai pellagrosi esistenti in Italia nel giugno 1881 e che ne chiede soltanto il numero, l'età il sesso e la professione.

Il Grilli dichiara che a parer suo questa seconda inchiesta sarebbe sotto ogni suo rapporto opportunissima. Soltanto dubita un poco che per quello che si referisce all'età la non possa riescire esattissima giacchè gli si fa credere che alcuni Consigli sanitari provinciali, incaricati dello spoglio delle relative note, abbiano stimato sufficente di tener conto dell' età classandole per gruppi di dieci anni. E qui si ferma per dimostrare gli inconvenienti di tale aggruppamento di anni, che riunisce insieme e confonde individui, i quali si trovano in condizioni fra loro disparatissime.

In ogni modo però ha fiducia che il resultato della inchiesta confermi, sia pure in modo approssimativo, il resultato delle sue ricerche; e che quindi potremo ricavare alcune importanti deduzioni.

Così per esempio relativamente alla questione della esistenza della pellagra nei neonati e nei lattanti dovremo sempre più propendere a ritenerla per dubbiosa.

E sarebbe pure confermata l'antica osservazione de medici Mugellani, i quali ritenevano che la pellagra non si sviluppasse mai o quasi mai avanti la pubertà.

La virilità e la vecchiezza resulterebbero chiaramente essere i periodi della vita principalmente colpiti da questo flagello.

Ed oltre a queste deduzioni il Grilli aggiunge, come egli ritenga, che tenendo esatto conto dell'età in cui di preferenza si sviluppa la pellagra si possa aver qualche dato valevole a chiarirne la patogenia. Ricorda brevemente le diverse opinioni, che dominano intorno le cause che determinano la pellagra, fermandosi principalmente alle due più radicali e fra loro opposte; mettendo cioè da un lato coloro che credono esser questa malattia causata da un veleno speciale, che si sviluppa nel mais guasto, e dall'altro coloro i quali ritengono essere il granturco per l'uomo, specialmente in certe condizioni un alimento insufficente e quindi la pellagra una malattia per inedia.

Se la causa della pellagra fosse un veleno noi dovremmo vedere preferibilmente attaccati i fanciulli, i ragazzi ed i giovani perchè è massima tossicologica indiscutibile che i veleni esercitano più presto e più terribilmente la loro azione nella prima età. Ed invece vediamo quasi affatto immuni i bambini e pochissimo colpiti i giovani tutti; per modo che molte delle provincie le più tempestate dalla pellagra hanno gioventù sana e robusta e figurano fra quelle che danno un maggior contingente alla leva. E non si creda che i fanciulli ed i giovani mangino un granturco differente da quello che mangiano i loro avi ed i loro genitori; in ciascuna famiglia la polenda è a comune e tutti ne mangiano fino a sazietà. Eppure questa stessa polenda fatta con la stessa farina di mais, ancorchè guasto, attacca gli adulti ed i vecchi e lascia quasi immuni i giovani. Un tal fatto sembra argomento assai valido per non potere accettare la teoria del veleno nella pellagra.

Passando poi a vedere se l'età preferita dalla pellagra corrisponda alla teoria della insufficenza alimentare

del mais, il Grilli ritiene che sì. Essondochè anche negli animali finchè son giovani e non durano fatica basta un cibo poco nutriente per mantenerli sani e farli sviluppare regolarmente; mentre questo stesso cibo non è più sufficente quando l'animale fatica; su questo proposito cita l'autorità del Prof. Cuppari; ricorda ciò che si pratica nelle nostre Maremme ove ai poledri ed alle giumente da razza che non lavorano si dà soltanto erba e paglia ma che poi bisogna biadare se anche un poco si fanno lavorare. E conclude dicendo, anche all'uomo, finchè è giovane e fatica punto o poco, basta l'alimento che può trovarsi nella farina di mais; ma quando fatica e non è più tanto giovane il granturco come alimento esclusivo non è più sufficente; e di qui la pallagra.

Nessuno prendendo la parola sulla comunicazione fatta dal Dott. Bianchi il Presidente apre la discussione su quella del Dott. Grilli.

Il socio Dott. Marcacci dice di poter fornire al Dottor Grilli lo spoglio fatto l' anno scorso appunto dietro la circolare Ministeriale, dividendo i malati di dieci in dieci anni, nella provincia di Firenze. Sopra 471 pellagrosi l'età più colpita risulterebbe essere fra i 50 ed i 60 e fra i 60 ed i 70 anni. Quanto all' idee esposte dal Dottore Grilli sullo zeismo tossico dice che a lui rimane sempre oscura la questione anche giudicandone dal punto di vista della alimentazione insufficente. Per spiegare la frequenza tanto minore della pellagra nei bambini, crede che si possa invocare il criterio che forse ai bambini si dà a mangiare qualche alimento più nutriente.

Il Dott. Grilli ringrazia il socio Dott. Marcacci per i resultati del suo spoglio, ma lamenta appunto questo aggruppamento per diecine di anni. Quanto alla questione dell' alimentazione non conviene col Dott. Marcacci che i bambini mangino meglio; e poi insiste sul punto di rav-

vicinamento con gli animali che possono digerire e trovare un alimento sufficiente nella paglia quando non lavorano.

Il Dott. Marcacci replica che i pellagrosi sono relativamente sempre pochi sotto i 30 anni quando si lavora molto, mentre sono in gran numero dopo i 60 anni quando certamente le fatiche sono poche.

Sorge quindi una breve discussione fra il Dott. Grilli ed il socio Dott. Michelacci a proposito della potenza digestiva a seconda della varia età degli uomini e dei cavalli, non che del rapporto allo stato di libertà e di servitù di questi ultimi; ma il Presidente si crede autorizzato a troncare la discussione facendo osservare che andando di questo passo ci si allontana troppo dallo scopo che ha avuto il Dott. Grilli, che è quello di rivolgere l'attenzione dei medici sulla età dei pellagrosi. Nessun altro prendendo la parola la seduta pubblica è sciolta.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Burresi.

Il Segretario
Dott. C. Pellizzari.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 2 LUGLIO 1882.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti: il Vice-Presidente Dott. Brigidi, i soci Conservatori Professori Paganucci, Luciani, Dottori Zannetti Raffaello, Banti, Bianchi, Faralli, Simi, Ceccherelli, Boncinelli, Paggi, Fano, Celoni, Marcacci, Urbino, Grilli, Michelacci Michele ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica del 2 aprile, si comunica alla Società una lettera del Prof. Rosati, con la quale ringrazia la Società di avere accettato il busto del Prof. Zannetti da lui offerto, ed un'altra del Dott. Paggi che ringrazia pure la Società per averlo eletto Socio Conservatore.

Il Segretario delle Corrispondenze enumera le pubblicazioni ricevute in dono.

Ha poi la parola il Socio Dott. Fano, il quale parla *sopra una nuova funzione dei corpuscoli rossi nei mammiferi.* Partendo dal fatto della rapida scomparsa del peptone iniettato nel sangue circolante, l'Autore ha cercato di stabilire anzitutto se la scomparsa di questa sostanza era dovuta alla sua uscita dai vasi o ad una modificazione che essa subiva nel sangue, modificazione che non la rendesse più riconoscibile con le solite reazioni.

Mentre le sostanze solide in massa e gli albuminoidi del siero normale superano quelli del plasma peptonizzato,

il residuo secco e gli albuminoidi del sangue peptonizzato sono maggiori di quelli lasciati dal sangue normale. Il peso del cruore (massa corpuscolare) è maggiore quindi dopo la peptonizzazione e questo aumento di peso è dovuto per la massima parte ad un aumento degli albuminoidi. E che non sia ad un aumento relativo del numero dei corpuscoli che è dovuto il fatto dell'aumento di peso del residuo del sangue peptonizzato è dimostrato dalla cromocitometria e dal residuo lasciato dal plasma, che ci rivelano una diluzione del sangue conseguente alla peptonizzazione.

Il cruore si può considerare come formato da tre elementi: i corpuscoli rossi, i corpuscoli bianchi e le piastrine. Non è alle piastrine che si deve questo aumento di peso, perchè anche in quegli animali nei quali il peptone non agisce impedendo la coagulazione del sangue, nei quali cioè le piastrine si disciolgono nel plasma subito dopo che il sangue sia uscito dai vasi, anche in questi animali si trova l'aumento di peso del cruore conseguente alla iniezione di peptone. Ed il Dott. Fano intossicando parzialmente degli animali con ossido di carbonio dimostrava che erano i corpuscoli rossi quelli che maggiormente contribuivano alla rapida scomparsa del peptone perchè in tali casi il peptone scompariva molto più lentamente.

Per mezzo di un artificio molto semplice il Dott. Fano potè anche direttamente determinare l'aumento di peso specifico dei corpuscoli rossi del sangue peptonizzato. In un lungo tubo riempito di una soluzione gommosa egli faceva arrivare dalla estremità inferiore di esso ed attraverso ad un tubicino capillare un piccolo getto di sangue, e cercava, aggiungendo acqua e soluzione gommosa a seconda del bisogno, di raggiungere una densità tale da ottenere che il sangue posto a contatto colla soluzione gommosa si mantenesse perfettamente immobile in qualunque strato del liquido esso fosse stato spinto. Egli poi

determinava coll'areometro la densità della soluzione così ottenuta.

E qui l'A. dimostra come gli errori prodotti dai processi di diffusione e dalla presenza del plasma possano essere evitati. Le esperienze fatte con questo nuovo metodo il Dott. Fano le controllava sempre con le determinazioni citometriche e quantitative. Egli ha potuto così dimostrare che il peso specifico dei corpuscoli rossi aumenta dopo la peptonizzazione, e nel periodo dell'assorbimento. — Nel caso della peptonizzazione si ha, che, ad onta della diluzione del plasma il peso specifico dei corpuscoli rossi aumenta, il che insieme agli altri fatti ci dimostra che non è già questo aumento l'espressione di semplici fenomeni di assorbimento e di diffusione, ma il resultato di un vero processo fisiologico di assimilazione pel quale il peptone iniettato viene trasformato in albuminoidi coagulabili ed immagazzinato dai corpuscoli rossi. Questo peptone, così trasformato in sostanza di riserva, viene poi reso al plasma man mano che in esso gli albuminoidi si distruggono, come ci vien dimostrato dal graduale diminuire del peso specifico dei corpuscoli rossi nelle ore successive alla peptonizzazione. Non solo il peptone artificialmente trasfuso ma anche quello che entra in circolo durante il periodo dell'assorbimento può essere assorbito dai corpuscoli rossi.

Questa proprietà dei corpuscoli rossi, il Dott. Fano l'ha trovata solo nei corpuscoli rossi dei mammiferi. Negli uccelli e nei rettili, egli non l'ha potuta dimostrare, benchè il peptone scomparisca nel sangue di tali animali tanto rapidamente quanto in quello dei mammiferi. Forse lo stato meno differenziato, meno adulto di quest corpuscoli ellittici e nucleati dà ragione, per l'A., della mancanza di quella proprietà che egli ha riconosciuta a corpuscoli rossi discoidi e senza nucleo.

Il socio Dott. Faralli, prendendo argomento dalle memorie lette in questo stesso recinto dai soci Celoni e Levier sul clima di Bormio, richiama l' attenzione della Società sulla questione della innocuità delle alte regioni per la tisi polmonare e sulla convenienza del soggiorno nelle montagne per la cura di questa malattia o per la sua profilassi. Nota le contradizioni che si hanno ne' rapporti dei diversi medici; nega dopo esaminata la distribuzione geografica della malattia e la statistica della mortalità, che la tubercolosi prediliga i climi caldi e che il freddo sia ad essa più nocivo del caldo; esamina gli elementi meteorologici del clima e segnatamente la temperatura e la pressione, per mostrare come nè l'uno, nè l' altro di questi due elementi valgono a renderci ragione della supposta innocuità delle alte regioni; e conclude, ricordati alcuni fatti di geografia e di etnografia patologica, che l' innocuità, del resto non generale, nè egualmente distribuita nelle varie regioni della terra, debba piuttosto attribuirsi all' influenza *etnica* che all'influenza del *clima*, il quale non può entrarci che indirettamente, come *fattore etnografico.*

Termina invitando i colleghi a prendere in considerazione questo importante argomento, onde venga prima esattamente stabilito il fatto della innocuità di alcuni climi per la tubercolosi, interpretato poi col soccorso delle cognizioni scientifiche, e applicato infine razionalmente alla cura di una tale malattia.

Il socio Prof. Luciani presenta alla Società un cane da oltre due mesi operato della estirpazione presumibilmente completa del cervelletto, e che potè mantenersi in vita e superare tutti gli effetti del gravissimo traumatismo. L' importanza del caso sta nel fatto che, fino ad ora, la mancanza degli effetti consecutivi alla mutilazione del cervelletto è stata desunta quasi esclusivamente dalle operazioni fatte

sui colombi. Lo stesso Flourens non riesci a mantenere in vita i cani mutilati dell' intiero cervelletto che per due o tre giorni, quando cioè erano pienamente persistenti gli effetti dipendenti dal puro traumatismo.

Senza preoccuparsi delle diverse ipotesi emesse intorno alle funzioni del cervelletto, il Luciani si limita a descrivere i fenomeni che presenta il suo cane. Egli mostra come esso non offra alcun sintomo che riveli una lesione qualunque della sfera dell' intelligenza: provvede a tutti i suoi bisogni, esprime tutti i suoi sentimenti, mostra anzi un affettività che si direbbe esaltata piuttosto che depressa; infine ha perfetta ideazione o rappresentazione dei movimenti che deve compiere per raggiungere determinati effetti.

Il cane offre normalità perfetta dei diversi sensi in generale, e del senso muscolare in ispecie: vede, ode, gusta, avverte il dolore e i contatti, ha coscienza della posizione delle proprie membra, e reagisce a qualsiasi atteggiamento incongruo che alle medesime si imprima.

I disordini che presenta l'animale sono esclusivamente pertinenti alla sfera dei movimenti volontari. Quando l'animale dorme o dimora solitario nella sua stanzuccia, esso posa sdraiato sulla paglia perfettamente tranquillo ed immobile come un cane normale. Ma appena gli si presenti qualcuno e lo inviti ad avanzarsi, esso comincia a muoversi con rapide contrazioni cloniche dei diversi muscoli, si rizza sulla estremità e cammina in una forma bizzarra caratteristica, difficilissima a descrivere minutamente. Camminando, ciò che specialmente colpisce, è un' abnorme divaricazione o abduzione in cui pone le quattro estremità; il compiersi di ciascun passo mercè una serie di movimenti discontinui, di scosse rapide e talora assai vibrate; infine il frequente cadere dell' animale ora da un lato ora dall' altro, battendo del capo nel suolo o nei mobili. Bene osservando si rileva che codeste cadute non sono l' effetto

di impostatura incongrua degli arti, ma piuttosto degli improvvisi rilasciamenti muscolari che s'intercalano ai movimenti della deambulazione.

Volendo definire questa maniera di alterazione dei movimenti che l'animale presenta, non si può dire che si tratti di *vera incoordinazione* dei medesimi, intesa nel senso di mancanza di associazione e successione degli atti muscolari che normalmente si compiono nella deambulazione. Ciò meglio si rivela dal fatto che l'animale riesce a nuotare perfettamente, senza mai deviare, senza perder mai l'equilibrio, tenendo sempre elevata la testa dall'acqua. Se i movimenti fossero veramente incoordinati, l'animale avrebbe continue vertigini, le quali dovrebbero essere assai più sensibili nel nuoto che nel cammino. I colombi ai quali il Flourens aveva asportato tutto il cervelletto, avevano intieramente perduta la facoltà di tenersi in piedi, di volare, di saltare, di camminare. Da questi effetti in gran parte riferibili all'atto operatorio, egli trasse il concetto che il cervelletto sia *l'organo della coordinazione dei movimenti volontari.*

I movimenti nella deambulazione che presenta il cane senza cervelletto, non possono dirsi incoordinati, perchè si associano e si alternano abbastanza regolarmente. Essi piuttosto mancano della *tonicità o fusione fisiologica,* non che della *misura giusta o normale.* Ciascun movimento oltre all'essere abnormemente vibrato e spesso eccessivo allo scopo, si compie a tratti rapidamente succedentisi, da ricordare i movimenti clonici delle forme più spiccate di *corea.* Lo stesso divaricamento abnorme degli arti che si osserva quando il cane cammina, più che da difetto di associazione muscolare, sembra compiersi intenzionalmente dall'animale, per posare su più larga base, e impedire le frequenti cadute dipendenti dalle improvvise interruzioni del lavoro muscolare.

« Da tutto ciò, conclude il Prof. Luciani, sorge un modo

« alquanto nuovo di considerare l' importanza fisiologica del
« cervelletto, che io vi esporrò, quando nuovi fatti speri-
« mentali (che mi propongo di raccogliere nel prossimo anno
« accademico insieme al mio egregio aiuto Dottor Fano)
« avranno dato al medesimo un vero fondamento scientifico.

Nessuno prendendo la parola sulle comunicazioni fatte dal Dott. Fano e dal Dott. Faralli, il Presidente apre la discussione su quella del Prof. Luciani.

Il socio Dott. Grilli dice che a lui resta qualche dubbio circa al non ammettere nel cane l' esistenza di movimenti incoordinati e gli pare che non vi sieno prove sufficienti per dichiarare che sia tutto effetto di stanchezza, ma si riserva di rivedere con più calma e più a lungo l' animale.

Il Prof. Luciani sostiene che non vi è vero incoordinamento perchè l' animale, come ha fatto osservare, nuota bene: avverte però che egli non ha inteso dire che tutto fosse effetto di stanchezza.

Il Dott. Grilli non crede che il nuoto sia una prova sufficiente, perchè si può riescire a muoversi nell' acqua anche con movimenti disordinati; mentre per camminare, l' animale, deve mantenere prima di tutto il centro di gravità e fare movimenti in proporzioni volute e che si succedano con ordine.

Il Prof. Luciani dice che se l' animale si tenesse soltanto a galla questo sarebbe poco: invece egli nuota dritto alla sua meta.

Il Dott. Fano fa osservare che i movimenti possono dirsi irregolari, ma sono coordinati perchè adattati ad uno scopo.

Il Dott. Banti dice che a lui è sembrato che quando l' animale fa un movimento, oltre il gruppo de' muscol necessari a produrlo si mettono in contrazioni anche altr

muscoli: ora per lui i difetti di forza e di direzione dei movimenti costituiscono incoordinamento. D' altra parte a lui sembra che nel cane esistano quei fenomeni che clinicamente si osservano nelle malattie del cervelletto ed in particolar modo del verme.

Il Prof. Luciani dice che la osservazione del Dottor Banti sarebbe importante se veramente vi fosse contrazione dei gruppi di muscoli non necessari ad un dato movimento: ma egli da molto tempo ha in esame l'animale e mai ha potuto chiaramente riscontrare un tal fatto, che includerebbe il concetto dell' incoordinazione.

Il Dott. Banti per provare il suo asserto ricorda che quando il cane vuol togliersi la pinzetta a pressione posta sull' orecchio, cerca con la zampa o al davanti o al di dietro.

Il Prof. Luciani fa osservare che l' animale stenta, ma poi raggiunge l' intento: quindi l' azione è diretta allo scopo ma solo deficiente o eccessiva, il che non costituisce secondo il suo modo di vedere l' incoordinamento.

A questo punto il Presidente crede bene di dovere intervenire, onde non prolungare di soverchio una discussione, che ha per base una differenza di modo d' interpretare la parola incoordinamento: visto che il Prof. Luciani tiene ad applicarla solo nel senso stretto di Flourens e gli altri in un senso più lato.

La seduta pubblica è sciolta ed i soci si riuniscono in seduta privata.

V° *Il Presidente*
Dott. P. Burresi.

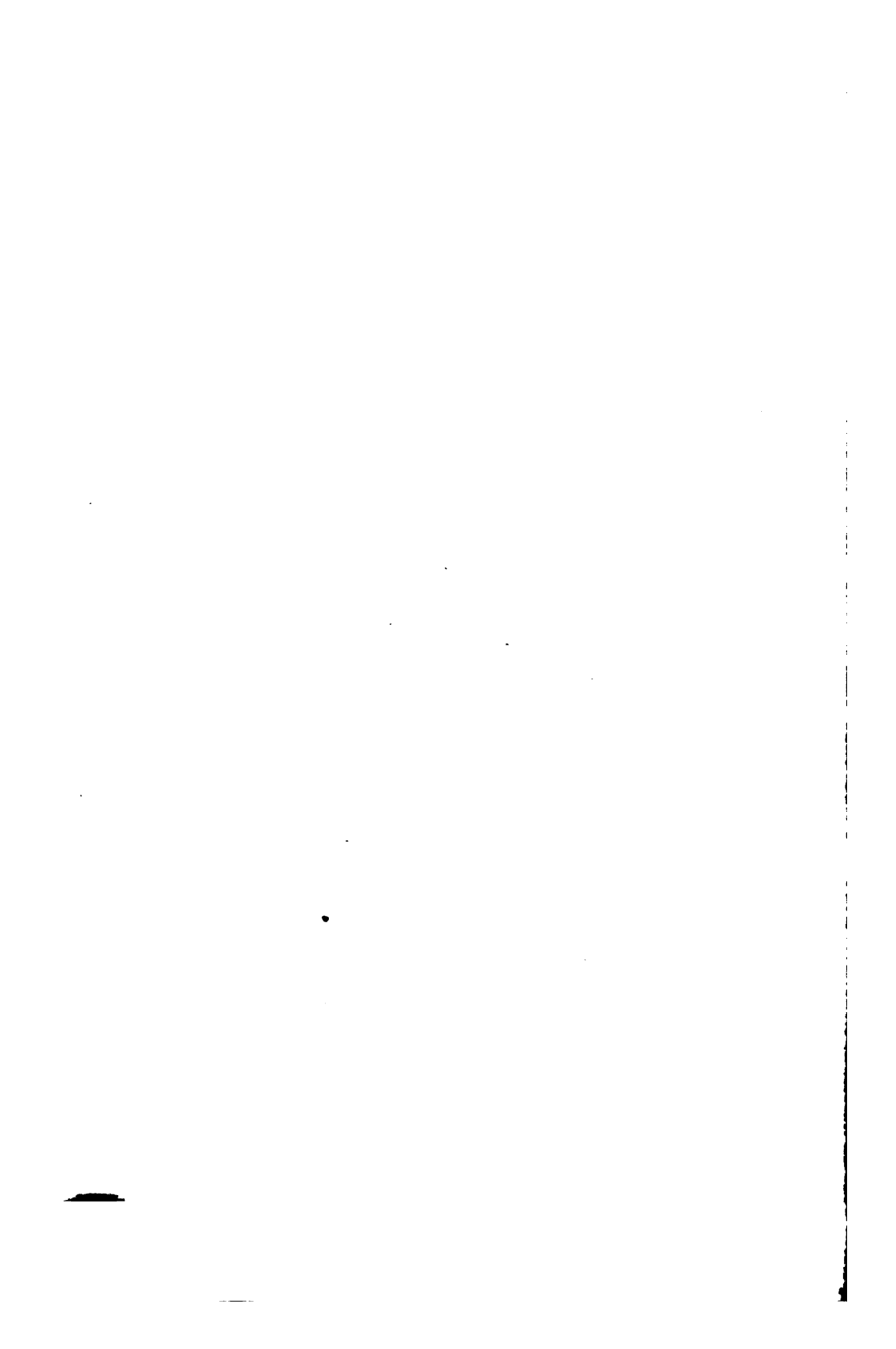
Il Segretario
Dott. C. Pellizzari.

ATTI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIORENTINA

COMPILATI DAL VICE SEGRETARIO

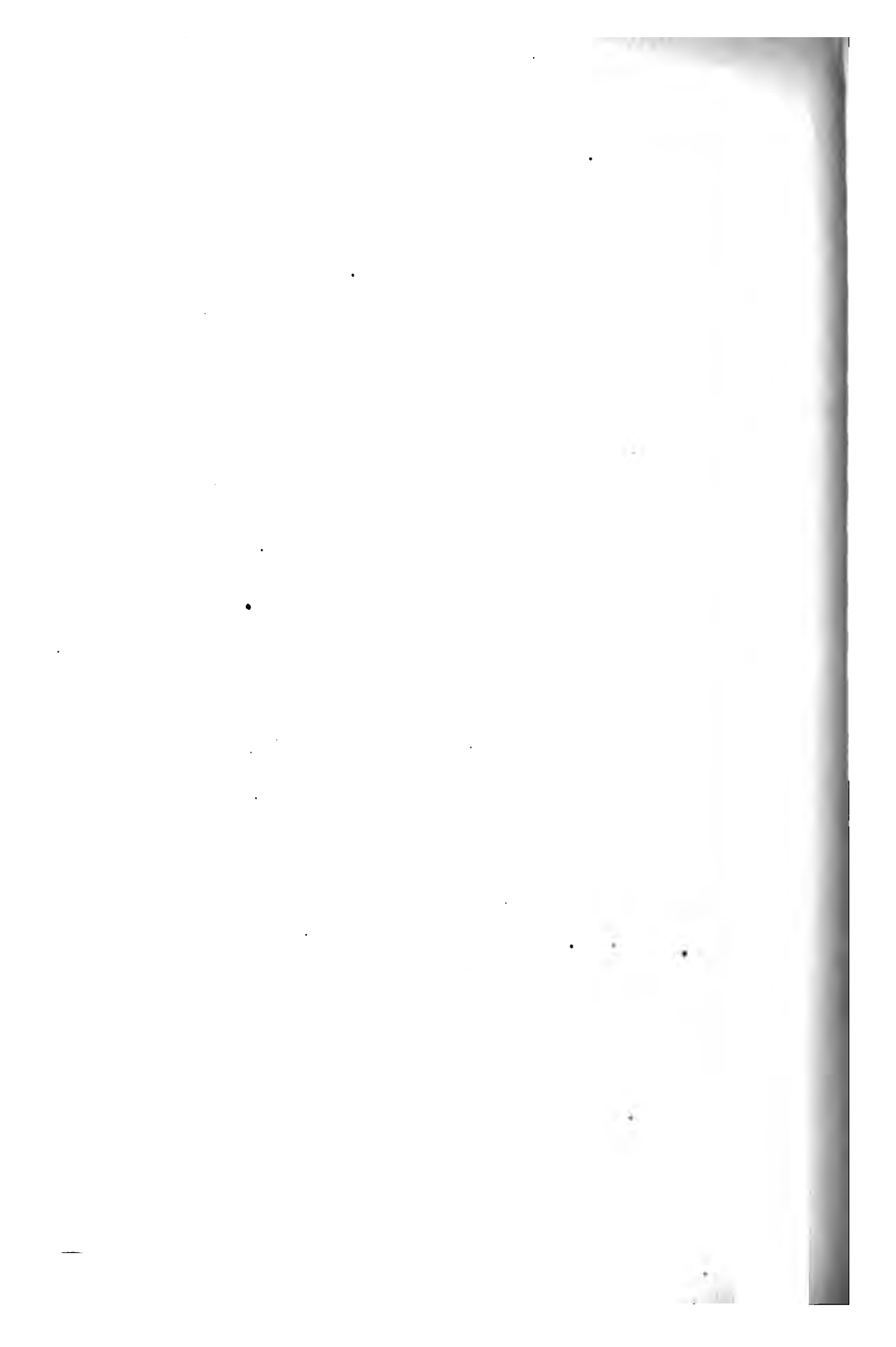
Dott. AURELIO BIANCHI

Anno Accademico 1882-83

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
1884

ATTI ACCADEMICI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA.

ANNO ACCADEMICO 1882-83

Presidente,	Prof. Pietro Burresi
Vice-Presidente,	Prof. Luigi Luciani
Segretario degli Atti,	Dott. Michele Michelacci
Vice Segretario,	Dott. Aurelio Bianchi
Segretario delle Corrispondenze,	Dott. Raffaello Zannetti.

SOCIETÀ MEDICO FISICA-FIORENTINA

ADUNANZA PUBBLICA DEL 12 NOVEMBRE 1882.

(Prima ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. Luciani, *Vice Presidente.*

Ordine del giorno:

1° Simi Cav. Dott. Andrea. *Intorno alla grandissima utilità che si può trarre dalla cauterizzazione termica nella terapia delle malattie del globo oculare.*
2° Paggi Dott. Adolfo. *Primo caso di estirpazione di utero canceroso eseguita in Firenze.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Bargioni, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Ceccherelli, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Marcacci, Dott. Michelacci, Dott. A. Paggi, Prof. Paoli, Dott. Pereyra, Prof. Simi, Dott. Tommasi, Dott. Urbino.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e mezzo pom.

Il **Segretario** espone le ragioni per le quali in questa prima adunanza dell'anno accademico 1882-83, non si dà lettura del processo verbale dell'adunanza ultima, essendo questa in via di urgenza stata approvata subito dopo per far la pubblicazione degli atti della Società.

Quindi il Dott. **Andrea Simi** legge *intorno alla grande utilità che si può trarre dal cauterio attuale nelle malattie del globo oculare.*

Incomincia con l'annunziare alla Società che non avendo in pronto un lavoro di maggiore importanza, racconta un caso di malattia oculare, che fu

da esso curata col cauterio, caso che può servire a combattere un pregiudizio nel pubblico da un lato e il timore che si ha in genere, di adoprare un mezzo tanto potente di cura su di un organo delicato, come è l'occhio.

Il Prof. **Simi** non vuol mettere in questione, se il cauterio valga a guarire le ulceri della cornea e le ulceri serpiginose da cheratite ipopion. Per esso è chiaro che quella è la medicatura più razionale, e tende a persuadere altrui che esagerato è il timore, che si ha della sua azione soverchia e del pericolo della reazione. — La sua storia si riferisce ad una donna nervosa e gravida, verso il nono mese.

In questa donna cauterizzò una prima volta senza alcun inconveniente, se nonchè dopo alcuni giorni, la cicatrice in via di formazione, fu nuovamente distrutta da nuova infezione, da cheratite ipopion, che il Prof. Simi riteneva potesse essere dovuta a microbi. Tornò di nuovo a cauterizzare ed in pochi giorni ebbe definitiva guarigione.

La cauterizzazione fu dal Prof. Simi eseguita con una comune penna da scrivere di acciajo, scaldata al calor bianco su di una lampada a spirito.

Le sue conclusioni furono:

1ª che la medicatura sua non dovette essere nè spaventosa, nè eccessivamente dolorosa, poichè potè praticarla in una donna assai nervosa al nono mese di gestazione;

2ª che l'istrumento che esso adoprò è tale che ovunque si trova, e tutti possono usarlo;

3ª che se ha potuto cauterizzare largamente e ripetutamente senza reazione dannosa, questa operazione non è a temersi.

Il Dott. Adolfo **Paggi** prende la parola *per narrare un caso di asportazione di utero canceroso;* operazione per la prima volta eseguita nello Spedale di Firenze, dal Paggi medesimo. L'estirpazione dell'utero fu fatta per la vagina, e la malata visse ancora due giorni.

Il Dott. **Paggi** in brevi parole fa una dettagliata descrizione dell'atto operativo, nel quale introdusse alcune utili modificazioni, e si mostrò favorevole alla idea di praticare la divisione dell'utero lungo l'asse longitudinale, allorchè il viscere è già venuto fuori dalla vulva, e prima di fare qualsiasi legatura. Termina col dire quali furono le cause della morte della inferma, e che malgrado l'esito infausto, esso tornerebbe a ripetere l'operazione se gli capitasse un caso adattato.

È quindi aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Simi. Il Dott. **Pereyra** domanda la parola per sapere, se prima di applicare il fuoco, il Prof. Simi, aveva praticato il taglio alla Saesmeh o la bucatura e paracentesi corneale, perchè gli sembra che questi mezzi debbano preferirsi alla cauterizzazione, quando la cheratite ipopion è complicata da altro processo.

Il Prof. **Simi** risponde appoggiandosi alla opinione del Del Monte, ch in taluni casi di cheratite ipopion, farebbe il taglio o la puntura, ma crec sia più facile adoprare un piccolo ago candente che un coltello del Graef.

Il Dott. **Pereyra** sostiene che la cauterizzazione di un'ulcera non è p cosa tanto facile.

Il Prof. **Simi** non concorda in questa difficoltà.

Il Prof. **Paoli** a tal punto della discussione dice che la questione portata in campo dal Prof. Simi è molto complicata e desidera si analizzi.

In primo luogo domanda se sono sempre i microbi che danno luogo alla cheratite ipopion? Quindi dice che è sempre indecisa la questione sul modo di formazione dell'ipopion, e finalmente domanda come sarà possibile con la cauterizzazione distruggere questi microbi, sia pure che si sieno fatti strada per l'ulcera.

Termina il Prof. Paoli col dire che mentre talora la cheratite ipopion guarisce con mezzi di cura semplicissimi, talora si mostra ribelle anco ai più energici, e che per ciò mentre si congratula col Prof. Simi che ebbe il coraggio di adoprare il cauterio, in genere tanto temuto, sugli occhi, il suo caso non è sufficente a dimostrarne la grande utilità.

Il Prof. **Luciani** chiede la parola per dire che fino ad oggi non è dimostrato che la cheratite suppurativa con ipopion sia dovuta sempre a microbi, ma che quando ciò fosse non crede che la semplice cauterizzazione dell'ulcera li distruggerebbe, poichè i microbi stessi migrando per i canalicoli plasmatici sfuggirebbero all'azione del cauterio. Se poi i microbi sono solo nell'ulcera, qualunque mezzo di distruzione vale.

Il Prof. **Simi** replica che troppo lungo e difficile sarebbe oggi il voler provare se la malattia dipende da microbi, fatto è che i microbi sono stati trovati. Ma a parte le teorie, al Prof. Simi è piaciuto provare che il cauterio è utile nelle malattie dell'occhio, è di facile applicazione e si deve usarlo con franchezza togliendo così alle masse il pregiudizio che esso non può che acciecare.

È aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Paggi.

Il Dott. **Ceccherelli** ricorda il metodo misto del Prof. Corradi e dice che con esso è facilitato il capitombolo dell'utero e che per ciò era forse da preferirsi.

Il Dott. **Paggi** risponde che il metodo misto del Prof. Corradi ha lo scopo di far meglio apprezzare speciali condizioni morbose dell'utero che nel suo caso non si verificarono e che se ha proposto di segare il corpo uterino ha inteso che tale atto si eseguisse quando l'utero è fuoriuscito dalla vulva. Aggiunge che il metodo misto porta una ferita nellle pareti addominali che crede molto più utile l'evitare.

Siccome poi il Dott. Ceccherelli ha anco citato il Bottini, il Dott. Paggi si limita solo a far notare che il metodo dal Bottini usato, deve facilmente esporre ad asportar parte della vescica, come sappiamo essere avvenuto in uno almeno dei casi operati da esso. Termina col dire che se l'utero non è troppo grosso e discretamente mobile, il metodo vaginale è preferibile ad ogni altro.

Nessuno chiedendo la parola, l'adunanza pubblica è sciolta.

V° il Presidente
Prof. Pietro Burresi.

Il Segretario
Dott. M. Michelacci.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 3 DICEMBRE 1882.

(Seconda ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. P. Burresi, *Presidente*.

Ordine del giorno:

1° Targioni Prof. Adolfo. *Sui centri nervosi d' insetti e sui parassiti, in specie sulle gregarine.*
2° Levier Dott. Emilio. *Sulla* Crepis lacera.
3° Giuntoli Dott. Luigi. *Parallelo sommario fra la nuova acqua potabile e le acque dei pozzi di Firenze.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. Brigidi, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Grilli, Dott. Levier, Prof. Luciani, Dott. Marcacci, Dott. Michele Michelacci, Prof. Paganucci, Dott. Paggi Adolfo, Prof. Paoli, Dott. Pellizzari Celso, Dott. Pereyra, Prof. Simi, Prof. Targioni, Dott. Tommasi, Dott. Urbino, Dott. Zannetti.

L'Adunanza è aperta alle ore una pom.

Letto ad approvato il processo verbale della seduta precedente, ha la parola il Prof. **Targioni** sui *centri nervosi di insetti e sui parasiti, in specie sulle gregarine.* Dopo cortesi parole per la nostra Società, l'oratore, dice che per spiegare la istantanea scomparsa delle cavallette in una data regione, che esse hanno invasa, si venne a pensare allo intervento di parasiti e che l'investigazione della cavità intestinale sia del Caloptenus italicus, che del Pachytylus danicus, del Deiticus albifrons, del Gryllo-morphus dalmatinus, e del Gryllo-talpa vulgaris, mostrò la verità della ipotesi.

Difatti la Gryllotalpa avea nel crasso e nel retto molti corpi, simili a psorospermi grandissimi ed un infusorio ciliato globulare. Le altre specie contenevano gregarine del tipo delle clepsidrine, ma nel Caloptenus italicus una forma speciale distinta dalla Clepsidrina polymorpha. Nel Deiticus albifrons poi una forma simile alla Clepsidrina polymorpha, costituita da masse sferoidali, con aspetto cistico, contenenti varii corpuscoli a nucleo e membrana distinta.

Parlò poi il Prof. Targioni degli stati iniziali di questa forma, del suo accrescimento e notò che nessuna forma ameboide fu da esso osservata.

Passando poi a parlare di una serie di studii compiuti sulla struttura dei centri nervosi degli insetti, constata che essi sono eguali a quelli compiuti dal Dietl in proposito. Però circa ad alcune differenze nei resultati e nell loro interpretazione, il Prof. Targioni si propone di continuare gli studi adatti e di riferire su di essi.

Il Dott. **Levier** prende la parola trattando *della Crepis lacera* e mostrandone molteplici e ben conservati esemplari. Ne fa il confronto con altre piante ad essa somiglianti e ne segna la distribuzione geografica in Italia. Questa pianta gode di proprietà venefiche e si distingue difficilmente da altre cicoriacee, dal Taraxacum Apenninum, dal Taraxacum laevigatum, e dalla Crepis columnae: però la Crepis lacera offre cigli e setole marginali nelle foglie a differenza delle altre specie sopra notate. Il Levier racconta che nel 1874 col Sig. Enrico Groves raccolse molta Crepis lacera, della quale il Sig. Groves fece l'estratto acquoso, alcoolico ed etereo, con i quali il Prof. Schiff fece sperimenti per iniezione ipodermica su rane e su cani, senza averne fenomeni venefici. Il Levier crede però, che forse l'epoca in cui fu raccolta la pianta, e il modo di amministrarne gli estratti a quegli animali fossero causa di errore e pensa che forse il veleno della *crepis lacera* abbia azione solo per parassiti, che essa accolga. Perciò il Dott. Levier si rivolge alla nostra Società perchè voglia acquistare della *crepis lacera* e sperimentarne le proprietà tossiche e terapeutiche.

Prese infine la parola il Dott. **Giuntoli** leggendo un *suo parallelo sommario fra la nuova acqua potabile e le acque dei pozzi di Firenze..* Egli prendendo argomento dalla lettera scritta nel 1880 alla nostra società circa le acque di due pozzi appartenenti a case ove infieriva il tifo, e dalla risposta ad essa del Prof. Capezzuoli, si propone due quesiti principali, cioè:

1° Vedere se è da rigettarsi la idea che le acque cosidette potabili e principalmente quelle dei pozzi possano ingenerare la febbre tifoidea.

2° Se è permesso di dichiarare eccellente la nuova acqua potabile senza l'aiuto di una analisi chimica ufficiale.

Per il primo quesito il Dott. Giuntoli crede che, senza ricercare se è dovuto ad un microbo o ad altro, le acque possano trasmettere il tifo e nota come il Prof. Capezzuoli di ciò non convenga nella sua memoria, e creda che i germi morbiferi siano sparsi prima nell'aria. A ciò il Dott. Giuntoli oppone che se con un atto respiratorio di questi germi se ne inghiotte alcuni, con una bevuta di acqua infetta se ne inghiottino dei miliardi. Egli poi aggiunge che dal momento nel quale fu vuotato il pozzo nella casa suddetta, in essa più non comparve il tifo, e narra altri fatti a conferma della sua opinione.

Pel secondo quesito poi il Dott. Giuntoli risponde che la nuova acqua potabile è eccellente: 1° geologicamente, venendo da terreno arenario e ghiaioso; 2° fisicamente, per la temperatura sua omogenea, e per la sua limpidezza; 3° fisiologicamente, pel nessun sapore e per la facile digestione di essa; 4° micrograficamente perchè dopo lunghe prove si sono trovati in quella soltanto dei cyclops; 5° infine chimicamente, perchè spumeggia bene col sapone e cuoce ottimamente i legumi.

Il Dott. Giuntoli fa quindi un confronto fra la nuova acqua potabile e quelle dei pozzi di Firenze, constata come queste ultime siano soggette a variare di composizione col decorrere del tempo, e siano sottoposte a facile corruzione, e crede con fondamento che l'acqua potabile sia la migliore, come mostrerà, secondo il Dott. Giuntoli, la futura analisi.

Chiede infine che la società discuta i due quesiti seguenti:

1° È ella trasmissibile per mezzo delle acque, in certe date circostanze, la febbre tifoidea?

2° Se sì; coteste acque debbono contenere materie organiche in decomposizione?

Propone poi che la società stessa nomini una commissione per lo studio della nuova acqua potabile.

Dopochè i soci hanno osservato i preparati di gregarine del Prof. Targioni, il Presidente apre la discussione sulla memoria del Prof. Targioni medesimo.

Il Dott. Celso **Pellizzari** rammentando come il Bôllinger abbia ritenuto che i così detti corpi molluscoidi del mollusco contagioso non siano altro che gregarine, domanda al Prof. Targioni se crede possibile che esse entrino dal di fuori sotto la pelle.

Risponde il Prof. **Targioni** osservando che per lo più si trovano nei visceri comunicanti con l'aria e non sa, se siano possibili in altri. Però siccome fra le gregarine si trovano gli psorospermi, esseri di natura ignota, crede che siano facili ad aversi forme simili ad esse.

Il Dott. **Pellizzari** dice che se ha rivolto al Prof. Targioni quella domanda si è perchè ha trovato di fatti una gran somiglianza fra le gregarine presentate e i corpi molluscoidi. Ora vorrebbe sapere se l' egregio Professore crede impossibile che le gregarine penetrino entro lo strato Malpighiano.

Il Prof. **Targioni** è indeciso su ciò e invita il Dott. Pellizzari al suo laboratorio a fare osservazioni in proposito.

Aperta la discussione sulla memoria del Dott. Levier, il Dott. **Zannetti** annuendo alla idea di esso rispetto alle esperienze con la Crepis lacera, chiede si nomini una commissiono in proposito. Accettata la proposta alla unanimità, si deferisce al Presidente la nomina della commissione, che è composta del Dott. Levier, del Prof. Luciani e del Dott. Zannetti.

Dopo i ringraziamenti resi dal Dott. Levier, il Prof. **Luciani** osserva che le esperienze negative dello Schiff su questa sostanza possono spiegarsi, col pensare che alcune sostanze venefiche per l'uomo, sono innocue o quasi per gli animali. Il Prof. **Targioni** infine aggiunge che insieme alle esperienze con la *crepis lacera* si potrebbero fare anche quelle con la *Lactuca virosa*.

Appena aperta la discussione sulla memoria Giuntoli, il Dott. **Paggi** fa osservare che il criterio fisiologico fondato sul bevere che fanno gli animali l'acqua è dubbio, perchè quando hanno sete bevono sempre, che prima dell'introduzione dell'acqua potabile in Firenze il tifo non era mai stato intenso, e che nel pozzo della casa summentovata dal Dott. Giuntoli ha sentito dire essersi trovato un animale morto.

Il Dott. **Tommasi** osserva essere rimasto scontento che il Dott. Giuntoli non abbia recato argomenti sperimentali e che crede aver ragione il Prof. Capezzuoli, allorchè dice che le analisi delle acque dei pozzi si conoscono, ma non quelle dell'acqua potabile.

Il Dott. **Faralli** a causa della tarda ora, propone il rinvio della discussione dei quesiti e fa osservare che la richiesta alla società di fare una analisi

dell'acqua potabile è seria, poichè richiede assai spesa e propone che la società si limiti a fare premura al municipio onde l'analisi stessa sia compiuta con sollecitudine.

Il Dott. **Giuntoli** risponde al Dott. Paggi che ignora l'esistenza nell'acqua di quel pozzo di un animale morto, ma che esclude questa idea il sapere che da lunghi anni in quella casa era il tifo; fa osservare al Dott. Tommasi che le analisi del Prof. Capezzuoli in favore delle acque dei pozzi non sono pubblicate, e quelle del Taddei sono sfavorevoli e dice al Faralli che vorrebbe fosse la società che facesse l'analisi, e che è inutile rivolgersi al municipio, poichè esso ha già stanziato in bilancio una somma in proposito.

Il Dott. **Grilli**, non rammenta se ciò è realmnte, ma osserva che sollecitare il municipio a far ciò sarà bene.

Il Dott. **Pellizzari** fa intendere quanto dispendio di tempo e di denari richiede una analisi e come quindi sia poco possibile per la nostra società l'eseguirla a proprie spese.

Il Dott. **Giuntoli**, temendo le lungaggini della burocrazia municipale, insiste perchè la società prenda sopra di sè la responsabilità dell'analisi.

Il Dott. **Zannetti** replica che la questione è complessa, che richiede schiarimenti e tempo, osserva che prima vi sono i due quesiti da discutere e poi la questione se si debba o no fare dalla società l'analisi dell'acqua potabile.

Il **Presidente** chiede, se si debba appoggiare la proposta Faralli.

Il Dott. **Grilli** avanti di dare il proprio voto vuol sapere quanto sia la cassa sociale e quanto costa una analisi.

Il Prof. **Targioni** risponde che una analisi di acqua è difficile, lunga e costosa, che il municipio, il quale vende l'acqua potabile, ha il dovere di farne fare l'analisi e che egli appoggia la proposta Faralli.

Il Dott. **Giuntoli** osserva avere proposti due quesiti, a cui chiede risposta.

Il **Presidente** propone di porli all'ordine del giorno per un'altra adunanza ed il Dott. Giuntoli annuisce alla proposta.

Il Presidente dopo gli schiarimenti del Prof. Targioni, appoggia l'emendamento Faralli.

Passato ai voti, la maggioranza approva.

Avanti di dichiarare levata la seduta, il **Presidente** prega i soci trattenersi in adunanza particolare e propone la nomina del Prof. Chiara a socio Conservatore ed il passaggio del Prof. R. M. Levi da socio Corrispondente a Conservatore.

La proposta è accolta per acclamazione.

L'adunanza è sciolta alle ore tre e mezzo pomeridiane.

V° il Vice Presidente
Prof. L. Luciani

Il Segretario
Dott. M. Michelacci

ADUNANZA PUBBLICA DEL 4 FEBBRAIO 1883.

(Terza ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. L. Luciani, *Vice Presidente.*

Ordine del giorno:

1° Burresi Prof. Comm. Pietro. *Sul diabete.*
2° Del Greco Prof. Giovanni. *Presentazione di quattro operati.*
3° *Seguito della discussione iniziata dal* Dott. Giuntoli: *Della relazione fra le acque potabili e la febbre tifoidea.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Burresi, Prof. Ceccherelli, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Grassi, Dott. Grilli, Dott. Levier, Dott. Nesti, Dott. Adolfo Paggi, Dott. Celso Pellizzari, Dott. Pereyra, Dott. Urbino, e Dott. Zannetti.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e mezzo pom.

Il Dott. **Bianchi** Vice Segretario degli Atti comunica che a causa della perdita del benemerito Segretario Dott. M. Michelacci, assume fino alle nuove elezioni tale ufficio.

Letto ed approvato il processo verbale della Seduta passata, dopo notificata la comunicazione del Sindaco che dice essere iscritta in Bilancio una somma per la analisi dell'acqua potabile, il Dott. **Giuntoli** fa osservare alla Accademia essere ciò conforme alle sue dichiarazioni precedenti.

Ha la parola il Prof. **Burresi**, il quale, prendendo principio dalla opinione del Primavera intorno alla sicura guaribilità *del diabete* fa osservare che non crede affatto a questa affermazione, che è pure quella del Prof. Cantani, poichè mentre con la dieta animale egli ha ottenuto la guarigione temporanea ed apparente nel diabete mite, non ha trovato ciò, in modo reale mai, come lo stesso verificò il Seegen in ben 400 casi.

Il Prof. **Burresi** narra quindi le storie di 5 diabetici.

Nel 1° la cura fu cominciata a malattia di 5 anni; con la dieta di brodo solo e poi di carne in 16 giorni cessò la glucosuria, che si riprodusse con l'ingestione di 50 grammi di pane e si mantenne anche col ritorno alla dieta carnea, senza avere effetti buoni dall'uso del rame e dell'acido lattico, ed anzi aumentando la glucosuria con l'aumento della bevanda acquosa.

Nel 2° caso una diabetica in cui la malattia datava da 3 mesi, con dieta carnea arrivò a tollerare 60 grammi di pane al giorno ed anche di più, finchè tornò la glucosuria. Qui fu adoprato per cura l'acido lattico.

Nel 3° malato si aveva diabete da 4 anni, ma cessò la glucosuria con dieta di solo brodo e di carne. Tornò con 20 gram. di pane, scomparve con 15 gram. di questo e potè esser recata a 100 gram. al dì senza vederla tornare; per 6 mesi l'apparente guarigione rimase anche con 300 gram. di pane,

ma solo una ventina di marroni la fe' tornare, per cessar di nuovo con la dieta di brodo solo, riproducendosi dopò ingestione abbondante di carne di majale.

Il 4° fu curato nove mesi dopo il principio del diabete: la dieta carnea ridusse il glucosio a sole traccie: la bevanda acquosa abbondante fe' cessare la glucosuria da prima, poi crescere nuovamente: l'iodoformio per 25 giorni a un grammo al dì fu inutile.

La 5ª fu curata un anno dopo l'inizio della malattia; la glucosuria non cessò con la dieta carnea, ma con quella di solo brodo: e da prima anche con la bevanda acquosa abbondante; per poi tornare a crescere con poco pane e anche dopo sospesa l'amministrazione di questo.

Conclude l'A. per l'inefficacia dell'acido lattico, del rame, e dell'iodoformio, per la incurabilità di questi casi, anche con dieta regolare e composta di sola carne o di poco pane.

Parlando poi della teoria del diabete, l'oratore crede che la glucosuria nelle due forme di diabete derivi in gran parte dagli alimenti, ma non che ciò sia sempre la origine di essa. Si sa che il moto, la fatica, ossia l'acceleramento del circolo, facilitano la eliminazione dello zucchero pel rene e ciò anche accade con l'uso della abbondante bevanda acquosa, che accelera gli atti di denutrizione e di consumo dei tessuti.

Conclude il Prof. **Burresi** col credere che vi sia il diabete mite o degli amilivori, in cui la glucosuria dipende solo dal cibo, e quello grave o dei carnivori, nel quale la glucosuria dipende solo in parte dal cibo; che il primo in certi luoghi sia suscettibile di temporaria guarigione, ed il secondo sia insanabile affatto.

Finisce col presentare un prospetto, dal quale resultano i rapporti inversi fra la glucosuria e la azoturia, e che l'aumento della azoturia si è mantenuto durante la dieta di solo brodo, anche quando cessava la glucosuria, e di più che ambedue queste escrezioni aumentavano con l'uso della bevanda acquea copiosa.

Il Prof. **Del Greco** presenta quindi i seguenti operati:

1° Una ragazza, già malata da 16 mesi per carie delle ossa del piede nella linea articolare del Lisfranc. Ad essa furono fatti due tagli laterali e poi dopo troncato il 5° metatarso presso le sue articolazioni, ne fu svuotata la testa, furono disarticolati il 4° e 3° metatarso, ed il cuboide; il 2°, e 3° cuneiforme furono svuotati. Nel 1° metatarso fu passato un tubo. La guarigione è stata completa.

2° Una giovinetta di 16 anni con carie del tarso, ebbe disarticolato il 3° cuneiforme, senza miglioramento stabile. Nel settembre 1882 il Del Greco dopo fatta una incisione laterale esterna, a lembo, al piede ammalato le svuotò il cuboide, il 2° cuneiforme, e, parzialmente il calcagno e l'astragolo. Questa inferma oggi comincia a camminare e dalle aperture esce pochissimo pus.

3° Un giovine di 31 anno malato di ernia scrotale, a sinistra, con degenerazione dell'omento, soffriva per essa di coliche, di nausee ec. L'ernia era irriducibile, onde il Del Greco squarciò il sacco, e dopo remosse le aderenze non fu possibile traversare il colletto del sacco. Allora alla laparotomia

preferì la escisione dell'epiploon, ma non ostante il peduncolo rimasto non volle traversare il colletto, sibbene vi si inchiodò. Il Del Greco allora ricacciò il colletto così chiuso attraverso l'anello inguinale e ve lo tenne con fasciatura. La guarigione dopo varii accidenti è ora completa.

Aperta la discussione sulla memoria presentata dal Prof. **Burresi**, egli fa osservare che un individuo, presente alla seduta, è un diabetico da 20 anni, il quale con la dieta animale non ha glucosuria che gli viene ingerendo soli 10 grammi di pane.

Il Dott. **Tommasi** chiede, se il Prof. Burresi ha adoperato nel diabete il bromuro di potassio.

Il Prof. **Burresi** dichiara non averlo usato, sibbene avere sperimentato la glicerina, l'arsenico, l'acido lattico ed una sola volta l' iodoformio.

Il Dott. **Pereyra** domanda se vi sono state lesioni oftalmoscopiche speciali nei diabetici della clinica.

Il Prof. **Burresi** risponde che cateratte diabetiche ne ha vedute, ma che altre lesioni non si ricorda averne constatate.

Si passa a discutere sui malati presentati dal Dott. Del Greco, e nessuno domanda la parola.

Si esaminano dai soci i felici resultati ottenuti con le suddette operazioni e si apre quindi la discussione sulla memoria del Dott. Giuntoli presentata nella seduta decorsa.

Il Dott. **Tommasi** chiede che sia messa all'ordine del giorno per una Seduta speciale o che si discuta per la prima in altra seduta ordinaria.

Il Dott. **Giuntoli** osserva che la discussione è interessante e non vuol che sia futile. Crede che dal momento nel quale la società rifiuta di fare l'analisi a proprie spese, sia inutile discutere sull' origine della febbre tifoidea delle acque.

Egli infine formula una controproposta. *Nomina di una commissione per studii da farsi sulla sola acqua potabile e riferirne all'Accademia.* Soggiunge che le spese per le analisi fecero paura e perciò si scrisse al Comune.

Il Dott. **Giuntoli** non crede che la spesa sia molta e se ne appella al Tommasi che ha veduto fare al Prof. Capezzuoli centinaja di analisi di acque.

Dopo breve discussione circa il costo di una analisi, il Dott. **Zannetti** osserva che la Società ha troncato la questione facendo premura al Municipio per una analisi e crede che ora non possa più accettarsi la controproposta Giuntoli.

Dietro questa osservazione il Dott. **Giuntoli** ritira la controproposta.

Il Dott. **Celoni** chiede la parola per dire che l'argomento portato dal Dott. Giuntoli è importante, poichè si citano numerosi casi di infezioni tifiche per ingestione di acqua malsana. Crede però che da un'analisi non possa risultare se un'acqua è causa o no di tifo, essendo la qualità e non la quantità delle sostanze che essa contiene, la origine della malattia.

Crede quindi all' importanza del non adoperare le acque dei pozzi c facilmente si possono inquinare di materiali infettivi.

Il **Presidente** chiede di sciogliere la seduta.

Il Dott. **Tommasi** fa osservare che la discussione dee essere riportata ad altra adunanza, e che se il Dott. Giuntoli l'ha ritirata si chieda alla Società, se desidera riprenderla per conto proprio.

Il Presidente osserva che se si deve discutere circa alla etiologia del tifo delle acque potabili, è inutile poichè è da tutti ammessa; quindi la discussione su ciò sarebbe solo accademica: inoltre se si volesse discutere sull'acqua potabile di Firenze come causa di febbre tifoidea, la proposta si confonderebbe con quella della analisi delle acque già rigettata. Quindi non vede la opportunità della proposta Tommasi.

Il **Presidente** chiede al Dott. Tommasi se mantiene la sua proposta.

Il Dott. **Tommasi** la ritira.

L'Adunanza è sciolta alle ore 2 e mezzo pom.

V° il Vice Presidente
Prof. L. Luciani.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 25 FEBBRAIO 1883.

(Quarta ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. L. Luciani, *Vice Presidente.*

Ordine del giorno:

1° Agnolesi Prof. Pompilio. *Interpretazione scientifica dell'articolo 99 del Regolamento sanitario 6 settembre 1874, relativamente al commercio e vendita di sostanze medicinali. Dissertazione e proposta.*
2° Pereyra Dott. Emilio. *Di alcune applicazioni terapeutiche dell'iodoformio.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. Celoni, Prof. Corso, Dott. Fano, Dott. Giuntoli, Prof. R. M. Levi, Dott. A. Paggi, Dott. C. Pellizzari, Dott. Pereyra, Dott. Urbino, Dott. R. Zannetti ed il socio emerito Prof. G. Pellizzari.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Letto ed approvato il verbale della seduta decorsa, si legge una lettera del Prof. Barellai, che chiede un' offerta dalla Società per un busto a Domenico Cirillo. Il Segretario delle corrispondenze propone che sia rinviata la domanda alla deputazione conservatrice, e questa proposta è approvata all' unanimità.

Ha la parola il Prof. Pompilio **Agnolesi** che legge *una proposta tendente a modificare l'articolo 99 del Regolamento sanitario relativo alla vendita e compra di sostanze medicinali.*

Egli dice che secondo le leggi attuali la vendita ed il commercio qualunque di sostanze medicinali non sono permessi che ai soli farmacisti. Crede che ciò conduca o ad affidare ad una casta un dato monopolio o che si debba altrimenti specificare le sostanze medicinali dalle non medicinali. Crede che ogni sostanza acquisti il nome di medicamento quando esce di farmacia dietro la indicazione scritta e firmata dal medico e che la dose di una sostanza medicamentale non possa essere che stabilita dal medico volta per volta.

Propone quindi i seguenti articoli:

1° È vietato a tutti i commercianti non autorizzati dalla legge, la vendita all'ingrosso e al minuto di qualsiasi sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, ogni qualvolta non sia indicata in scritto con la firma di un medico, chirurgo, veterinario, ostetrico.

2° È vietato nelle farmacie a coloro che non sono autorizzati dalla legge, la manifestazione e vendita di qualsiasi sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, ogni qualvolta non sia stata indicata in scritto colla firma di un medico, chirurgo, veterinario, ostetrico.

3° I medici, chirurghi e veterinarii dovranno prescrivere qualunque sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, in scritto, servendosi della lingua latina, e firmando la ricetta, sotto la pena in caso di contravvenzione stabilita dal codice.

4° È vietato il commercio e la vendita al minuto per l'interno del Regno di qualsiasi sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, indicata come specifico o come veleno, per la cura delle malattie, o per la distruzione degli animali nocivi, sia essa di provenienza estera o nazionale, di cui si ignori la vera composizione.

I contravventori saranno puniti colle pene stabilite dal codice.

Prende la parola il Dott. **Pereyra** parlando dell'*iodoforme in terapia oculare.* Ha curato ben 100 malati con questo medicamento ed ha veduto che nelle malattie palpebrali gli effetti suoi sono all'incirca quelli di altri agenti medicamentali, quali l'acido borico ed il nitrato di argento, e ciò anche nella blefarite escoriativa ove secondo il Prof. Paoli ed altri si sarebbe mostrato particolarmente utile. L'iodoforme l'A., l'ha usato in pomata (vaselina 8 gr. iodoforme 1 grm.) o in polvere: è utile nelle flogosi congiuntivali purulente, perchè modifica la secrezione e spesso le fa guarire, però in modo non durevole.

Fra le malattie della congiutiva ha osservato l'oftalmia purulenta dei neonati (tre casi), nella quale l'iodoforme in pomata ed in polvere è stato meno utile del nitrato d'argento.

Nelle congiuntivite flittenulari non è l'iodoforme superiore alla polvere di calomelano; nelle affezioni tracomatose in genere è inferiore al solfato di rame e ad altri rimedii comuni. Nell'ascesso corneale è utilissimo.

Conclude che mentre l'iodoforme è ben sopportato ed utile in alcuni casi di malattie congiuntivali, pure non ha qui la sua prevalente indicazione. Nelle malattie della cornea spiega invece l'iodoforme la sua maggiore efficacia ed è utilissimo anco nelle forme a carattere stenico. Ha ottenuto ottimi resultati negli infiltrati, nelle ulcerazioni, e nella cheratite con ipopion. Poco vantaggio nel panno vascolare tanto scrofoloso quanto tracomatoso, sebbene lo iodoforme non destasse fenomeni d'irritazione. Ha ottenuto qualche effetto utile nei panni tracomatosi poco vascolarizzati. Nella cheratite flictenulare ha trovato indicazioni prevalenti all'uso dell'atropina, anzichè a quelle dell'iodoforme.

Avverte che l'iodoforme deve adoperarsi quando è molto esattamente perforizzato a evitare i fenomeni di meccanica irritazione.

Si avverta che non vi è pericolo di avvelenamento, ma che l'iodoforme può alterarsi per la luce e per l'aria. A spiegarne i benefici resultati concorrono le proprietà sue di anestetico, di detersivo, di antisettico, di cicatrizzante.

Richiama poi l'attenzione sulla proprietà miotica, non prima mostrata da alcuno e il fatto di aver giovato in tre casi di glaucoma, di cui due secondarii ed uno primitivo ed acuto. Parla infine di un esperimento fisiologico compiuto in proposito nel laboratorio del Prof. Luciani, pel quale si potrebbe ritenere che l'iodoforme avesse azione miotica in quanto agisce sul simpatico, diminuendo il tono dei vasi dell'iride.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Prof. Agnolesi, il Prof. **Corso**

si oppone alle leggi restrittive che si riferiscono agli interessi di una casta speciale: ogni legge, egli dice, è un inciampo, è un sasso pel galantuomo, non per la volpe. Mai si potrà controllare la vendita del medicamento e crede che, in mancanza di mezzi per assicurare la vendita delle medicine, si debba dare piena libertà di essa. Proporrebbe quindi o l'ordine del giorno puro e semplice, o una libertà completa in proposito.

Il Prof. **Luciani** crede che si debba da questa discussione generale passare alla discussione dei singoli articoli.

Il Dott. **Banti** chiede che a norma delle modificazioni al Regolamento sia essa rimandata alla ventura adunanza.

Il Prof. **Corso** si associa alla proposta Banti.

Il Prof. **Agnolesi** dice di non aver proposto articoli restrittivi, ma solo atti a colpire coloro che vendono medicamenti senza la prescrizione del medico.

Il **Presidente** mette ai voti la proposta Banti, che è approvata a maggioranza.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Pereyra, prende la parola il Prof. M. R. **Levi**, che ringazia prima di tutto l'accademia di averlo ammesso fra i soci conservatori e crede utile accennare un caso importante di uso interno dell'jodoformio.

Una bambina di 12 anni, malata d'ingorghi glandulari multipli e di adenopatia bronchiale, con tosse forte e insistente, fu curata con iodoformio sciolto nell'olio di merluzzo. A tal cura si possono distinguere cinque periodi: 1° (periodo di 6 giorni) jodoformio centigr. 20; olio di merluzzo grm. 20; essenza di menta grm. 1. Diminuzione notevole della tosse, nessun disturbo intestinale: disgregamento degli ingorghi glandulari. — 2° (periodo di 6 giorni) jodoformio centigr. 25; olio di merluzzo grm. 25. Tosse ancor più rara; diminuzione progressiva degl'ingorghi glandulari. — 3° (periodo di 6 giorni) jodoformio centigr. 30; olio di merluzzo grm. 30. Miglioramento progressivo della tosse e degli ingorghi. — 4° (periodo di 7 giorni) jodoformio centigr. 35; olio di merluzzo grm. 35. Scomparsa la tosse, e ancor più diminuiti i fenomeni di aumento glandulare. Nessun disturbo intestinale. — 5° jodoformio centigr. 40; olio di merluzzo grm. 20. Ingorghi glandulari ridotti notevolmente. Il peso della bambina salì da kil. 18,200 a kil. 20,700.

Aggiunge poi che il Dott. Bianchi, adopera grm. 2 di jodoformio su 100 di vaselina per ottenere la rapida disseccazione delle pustole vaiolose con esito felice.

Il Dott. **Urbino** parla sulle applicazioni locali dell'iodoforme nelle malattie della gola e specialmenle nelle ulceri croniche catarrali e nelle ulceri tubercolari laringee: egli ha veduto che l'iodoforme in polvere ha riparato prontamente la ulcerazione sia tubercolare che catarrale. Crede utile l'applicazione dell'iodoforme in polvere con l'insufflatore comune; unico inconveniente è l'odore sgradevole, però non eccita la tosse e si fissa bene sui tessut un po'umidi. Osserva infine che oltre alla proprietà cicatrizzante, è anche anestesico.

Il Prof. M. R. **Levi** chiede al Dott. Urbino se vi era tosse precedente e se questa si calmò dopo l'uso dell'iodoforme.

Il Dott. **Urbino** risponde che il malato adoprò l'iodoforme dopo un accesso di tosse, pel quale emise escreato variegato di sangue, e che questa tosse non tornò più.

Il Prof. M. R. **Levi** crede che abbia azione sedativa sui nervi presiedenti alla respirazione, perciocchè nel caso di adenopatia bronchiale, la tosse spasmodica insistente si calmò fin dalle prime dosi di jodoformio, innanzi che si fosse potuto diminuire il volume delle glandule ingrossate e nei casi di pertosse si ottenne dall'jodoformio una diminuzione nella frequenza e violenza degli accessi di tosse.

Il Dott. **Corso** chiede schiarimenti sull'esperimento fisiologico compiuto dal Dott. Pereyra nel laboratorio del Prof. Luciani.

Il Prof. **Luciani** ricorda che sezionando nel coniglio il simpatico cervicale da un lato, la miosi non può che dipendere da paralisi vasomotoria, essendo l'iride del coniglio sprovvista di fibre raggiate. Ora applicando l'iodoformio ad ambedue gli occhi, si ottenne nell'occhio dal lato sano una miosi sensibilmente eguale a quella dell'occhio dal lato ove fu reciso il simpatico, che non aumentò di grado per effetto dello iodoformio. Ciò dimostra che questa sostanza si limita a produrre una paralisi delle fibre simpatiche dell'iride, e un consecutivo abbassamento del tono vasale delle medesime.

Il Prof. **Corso** osserva che lo sperimento fatto è insufficiente e non prova che l'jodoformio produca la miosi paralizzando il simpatico. Si dovevano irritare i due simpatici, ed ove per la irritazione si fosse dilatata una pupilla e l'alra no, si avrebbe avuto un fatto per giudicare la miosi effetto della paralisi del simpatico piuttosto che d'un'altra causa. La questione però anche dopo questo sperimento non sarebbe risoluta del tutto perchè l'iride non dipende dal solo simpatico, ed il restringimento della pupilla può dipendere da altre cause. Quando il simpatico è veramente paralizzato la sua irritazione non fa contrarre i vasi sanguigni.

Il Dott. A. **Paggi** osserva che l'iodoforme è usato anche in chirurgia: che nell'arcispedale di S. M. Nuova è stato adoperato una volta sola e con effetti tossici; che egli l'ha adoperato quando era assistente al secondo turno chirurgico, in un caso di vasta ulcerazione per operazione alla mammella e con esito felice. Nella clinica chirurgica poi ha veduto effetti buoni egualmente anche in sini fistolosi.

In ginecologia, conosce molti casi in cui l'iodoforme è riuscito efficace.

Il Dott. **Urbino** propone che si rimandi il seguito di questa discussione alla seduta futura.

Il **Presidente** non giudica necessario di mettere ai voti tale proposta, avendo ciascun socio libertà di tornare per conto proprio sull'argomento.

Il **Pereyra** fa osservare al Prof. Corso che l'esperimento fisiologico gli sembra assai concludente, perchè se la miosi del lato sano fosse stata dipendente da eccitamento dell'oculomotore e non da paralisi del simpatico, avrebbe

dovuto aversi aumento di miosi dal lato ove il simpatico era stato reciso. Per non essere poi la miosi dell'iodoformio unita a disturbi accomodativi, crede acquisti maggior fondamento il concetto da lui sopra espresso.

Dopo esame del caso presentato dal Prof. Levi la seduta è levata alle ore due e mezzo pomeridiane.

V° il Presidente
Prof. P. Burresi.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 4 MARZO 1883.

(Quinta ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. P. Burresi, *Presidente.*

Ordine del giorno:

1° Paganucci Cav. Prof. Luigi. *Di un utero bifido con doppia vagina, e di una costa sopranumeraria cervicale.*
2° Luciani Prof. Luigi. *Sul decorso della secrezione biliare.*
3° *Seguito della discussione sulle modificazioni all'Art. 99 del Regolamento sanitario, proposta del Prof.* Agnolesi.

Sono presenti i Soci conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Corso, Dott. Fano, Dott. Faralli, Prof. M. R. Levi, Prof. Luciani, Prof. Paganucci, Dott. A. Paggi, Prof. P. Pellizzari, Dott. C. Pellizzari, Dott. Pereyra, Dott. Tommasi e il socio emerito Dottore C. Paggi.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Dopo letto ed approvato il processo verbale della seduta passata, ha la parola il Prof. **Paganucci.**

Egli presenta un *utero bifido* di una bambina morta pochi giorni dopo la nascita e che fu sezionata dal Dott. Sacchi, perchè vide l'apertura dell'ano nella vulva. Aperto il ventre fu trovato il retto adeso alla parete vaginale e terminante presso la vulva. Vi erano due vagine contigue, di cui una pervia, l'altra ridotta ad una specie di cordone: queste due vagine comunicavano con due uteri, collocati l'uno a destra, l'altro a sinistra, ad egual livello, che però avevano ciascuno una sola appendice all'esterno, contenente ovajo e tromba. Il Prof. Paganucci verificò che quivi realmente erano due vagine parallele e contigue, che gli uteri loro terminali erano cilindrici, e le vagine unite solo in fondo con connettivo, ma separate nel resto.

Questi rari vizii di conformazione dei genitali muliebri, indicano un arresto di sviluppo alla prima fase di evoluzione uterina.

Un altro preparato importante era quello di una *costa sopra numeraria* di contro al corpo della seconda vertebra cervicale, che fu trovato per caso quando il resto del cadavere era stato già sotterrato. Pensando che per lo più le coste sopra numerarie sono vicine a quelle cervicali, crede il Prof. Paganucci che anche nelle sottoposte vertebre ci devono essere state altre coste simili.

Presenta infine alcuni preparati con bella iniezione capillare, dei quali uno è il tubo digerente di un feto, l'altro la mucosa delle fosse nasali, nelle quali sono ben visibili anche i vasi della polpa dentaria.

Il Prof. **Luciani** comunica un lavoro sperimentale *sul decorso della secrezione biliare* eseguito nel laboratorio di fisiologia sotto la sua direzione dal Dott. Dario Baldi.

Ricorda che secondo le nozioni acquisite, le secrezioni dei succhi digestivi, vale a dire della saliva. del succo gastrico, pancreatico, e enterico, hanno un procedere regolare, costante, subordinato a condizioni facilmente determinabili: *esse sono regolate in condizioni normali dalla presenza od assenza, nonchè dalla natura degli alimenti nell'apparecchio digerente, e in condizini abnormi o sperimentali, possono essere eccitate ed in vario modo modificate dai diversi stimoli meccanici, elettrici e chimici.*

Ciò premesso, lo scopo delle ricerche nella secrezione biliare fu di vedere se essa si comporti in maniera analoga alle altre secrezioni digestive, oppure ne differisca essenzialmente.

Menzionati i lavori precedenti di Bidder e Schmidt, di Kölliker e Müller, di Hoppe Seyler, l'A. ne dimostra la incompletezza e insufficienza per determinare l'intiero decorso giornaliero della secrezione biliare. Descrive quindi il metodo seguito nelle sue ricerche, che consiste nel raccogliere di ora in ora, per l'intiera giornata o almeno per 12 ore di seguito, la bile secreta da cani a cui era stata praticata la fistola della cistifellea con legatura e recisione del coledoco. Della bile di ciascuna ora è determinato non solo il volume, ma anche il peso del residuo solido. In una prima serie di ricerche si studia l'influenza sulla secrozione biliare dei diversi alimenti; in una seconda serie l'influenza di alcune sostanze medicinali alle quali è attribuita un azione colagoga.

I risultati sperimentali sono rappresentati da diagrammi che mostrano a colpo d'occhio l'intiero decorso della secrezione biliare, scrivendo nell'ascissa il tempo, e nelle ordinate sia il volume della bile secreta che i suoi residui secchi.

Un semplice sguardo ai diagrammi vale a rilevare una *singolare irregolaritá* nel decorso della secrezione biliare, che oscilla notevolmente d'ora in in ora. Si osserva inoltre la mancanza di rapporto costante tra il quantitativo dell'acqua e quello delle sostanze solide biliari: sicchè si può dire che oltre alla quantità complessiva, oscilla talora anche la densità della bile nelle diverse ore.

Appare difficile il determinare, colla scorta dei diagrammi, la influenza esercitata dalla digestione e assorbimeato degli alimenti nella secrezione biliare. I risultati sembrano contradirsi: talora si osserva il massimo della secrezione nella prima o seconda ora, altra volta nella quarta, talora nella decima ora dopo il pasto. Coteste differenze non si attengono affatto alla natura dell'alimentazione, carnea, amilacea, grassa, o mista.

Confrontando la somma totale di bile secreta durante il digiuno o le ore che precedono il pasto, con quella secreta in altrettante ore consecutive all'alimentazione; si ha per solito in questa un aumento, sebbene non molto cospicuo, e riferibile più alla quantità di acqua che al peso delle sostanze solide biliari.

Infine da precedenti ricerche del Prof. Luciani risulta che durante l'inanizione, mentre sono sospese tutte le secrezioni digestive la sola secrezione biliare continua fino alla morte dell'animale, come è facile desumere dai reperti necroscopici.

Questo insieme di fatti tende a mettere in rilievo *la natura e carattere speciale della secrezione biliare rispetto alle secrezioni digestive, e a far considerare la bile come un secreto che ha, dal punto di vista fisiologico, maggiore analogia coll'urina che coi succhi digerenti.*

Passando a studiare l'influenza dei pretesi colagoghi, l'A. ricorda le precedenti ricerche del Rörig in Germania e del Rutherford e Vignal in Inghilterra, nota le imperfezioni ed insufficienze dei metodi adoperati, e mette in vista la differenza dei risultati ottenuti.

Mostra poi, rappresentati con diagrammi, i risultati delle nuove ricerche fatte adoperando la *podofillina, il rabarbaro. la gialappa, l'acqua alcalina di Carlsbad, il fosfato sodico, la pilocarpina.* L'animale durante queste ricerche coi così detti colagoghi era notevolmente dimagrito per effetto della fistola. In coincidenza a questo fatto si scorge che la quantità della bile secreta nell'unità di tempo è alquanto minore, e in qualche ora è del tutto mancante. Ma a parte questa differenza, si scorgono nei diagrammi le stesse oscillazioni d'ora in ora nella quantità del secreto.

Se si confronta il decorso della secrezione prima e dopo l'introduzione dei farmachi, non è dato rilevare alcuna apprezzabile azione colagoga, nè immediata, nè tardiva. Sulla base di questi risultati negativi sembra *doversi revocare seriamente in dubbio l'azione promotrice e acceleratrice della secrezione biliare da tutti attribuita ai così detti colagoghi.*

Tutto tende dunque ad insinuare il concetto che il fegato quale organo secretore della bile, debba considerarsi come un emultorio di materiali di consumo in massima parte prodotti dai diversi tessuti e destinati ad essere espulsi dall'organismo, come fanno i reni dei materiali urinosi.

La funzione emultoria del fegato per le materie biliari risulta chiaramente dalle ricerche dello Schiff intorno alla così detta circolazione della bile dal fegato all'intestino e dall'intestino al fegato. Avendo però alcuni messo in dubbio che la bile riassorbita nel sangue ripassi effettivamente nel secreto del fegato, ritenendo possibile che essa si limiti ad eccitare un aumento di secrezione senza riescire pel fegato, l'A. ha ripetuto nei cani colla fistola biliare gli esperimenti dello Schiff, iniettando bile sia nello stomaco, sia direttamente nel sangue, ed esaminando i cangiamenti che subisce sia la bile secreta della fistola, sia l'urina. I risultati ottenuti furono tali da remuovere qualsiasi dubbio intorno alla facoltà del fegato di espellere, a preferenza dei reni, le materie biliari pervenute nel sangue.

Con ciò l'A. non intende di ammettere che i singoli componenti chimici della bile, e gli stessi acidi biliari (che sono gli unici elementi veramente specifici della medesima) risultino dal consumo del complesso dell'organismo, piuttostochè rappresentare prodotti proprj del fegato.

Ma anco ammesso (ciò che non è ancora direttamente dimostrato) che gli

acidi biliari siano un *prodotto esclusivo delle cellule epatiche*, non cessa di esser il vero fatto che risulta dall' insieme delle ricerche dell'A., che cioè *la secrezione biliare si distingue in maniera caratteristica dalle altre secrezioni digestive, sia per la irregolarità del suo decorso, sia per essere indipendente da qualsiasi influenza eccitante degli alimenti e dei medicamenti; e presenta invece molti punti di contatto colla secrezione urinaria, sia perchè tanto l' una che l' altra dipendono essenzialmente dal consumo complessivo dell' organismo, sia per la facoltà emuntoria del fegato per le materie biliari, come dei reni per le materie urinose.*

Si riprende quindi la discussione sulla memoria del socio Prof. Agnolesi.

Il Prof.. **Corso** parla della importanza della questione dal lato sociale, igienico e scientifico, combatte l'art. 1°, perchè non crede possa esistere quando un commerciante può vendere una alta dose di un veleno, e non darne piccole dosi, come medicatura; dice che l'art. 2° non regge perchè i medicamenti non sono preparati dai farmacisti, ma da operai: nega che sia opportuno l'uso del latino (art. 3°) per scrivere le ricette e crede rispetto alla vendita degli specifici (art. 4°), che prima se ne constati l'azione, e si veda solo se sono utili, perchè crede che sarebbe un abolire così il diritto di proprietà per i medici.

Quindi affermando il danno di ogni legge restrittiva della libertà, propone il seguente ordine del giorno.

La Società medico-fisica non accetta le proposte del Prof. Agnolesi, perchè non tutelano la pubblica salute meglio dell'art. 99 della vigente legge sanitaria; non è possibile impedire che i non farmacisti preparino medicamenti nelle farmacie e la proibizione dei così detti specifici non ne impedisce la vendita, limita la libertà del commercio, della stampa, niega il diritto d'invenzione e di proprietà ai soli medici, e darebbe allo stato funzioni che non può esercitare, e che sarebbero fatali al progresso della scienza.

Il Prof. **Agnolesi** sostiene che il suo primo articolo è dettato perchè si impedisca ai commercianti non patentati di spedire le ricette, che il secondo si riferisce a quelle persone che spediscono ricette senza essere capaci ed autorizzati; che crede utile l'uso del latino nello scrivere le prescrizioni e, che gli specifici sono dannosi anche, perchè spesso inutili e chiede infine che la Società si pronunzi sugli articoli da lui proposti e sulla proposta del Prof. Corso.

Il Prof. **Pietro Pellizzari** constata la gravità della questione che richiede studio profondo, conclude diffidando la Società dal prendere deliberazioni precipitate sulla questione e propone la sospensiva.

Il Prof. **Agnolesi** concorda sulla gravità di esse e dice che suo scopo è stato appunto di portare la discussione in un terreno pratico.

Dopo breve discussione fra il Prof. Corso, il Prof. Pellizzari, il Presidente circa alla libertà di vendita dei medicinali, il **Presidente** mette ai voti la proposta sospensiva del Prof. Pellizzari, che è approvata a gran maggioranza.

Il Dott. **Giuntoli** ed il Prof **Agnolesi** chiedono quindi la nomina di una commissione per studiare l'argomento: posta ai voti questa proposta è approvata all' unanimità, ed è deferita al Presidente la nomina della Commissione che è così composta:

Presidente: Prof. Pietro Pellizzari. — Membri: Prof. Agnolesi, Prof. Corso, Dott. Giuntoli, Dott. Banti. —

Il Dott. Giuntoli ed il Prof. Agnolesi, declinano l'onore, ma pregati accettano.

Aperta la discussione sulla Memoria del Prof. Paganucci, il Prof. **Pellizzari** dice che ha veduta una prostituta che offriva doppia vagina e doppio utero, ma il coito professionale lo compiva con una vagina sola, perciò questa era più ampia dell'altra ed aveva vaginite specifica in questa sola. L'esistenza di due vagine e di due uteri era provata dall'esplorazione digitale, da quella con lo specolo e con la sonda uterina, la quale per ambo gli uteri diè 3 centm. e 2 linee di lunghezza, cioè la metà della dimensione dell'utero normale.

Il Dott. **Adolfo Paggi** chiede altri schiarimenti circa le funzioni dei due uteri.

Il Prof. **Pellizzari** risponde che la donna fu sterile, che l'utero era conoide ed il collo ristretto.

Il Dott. **Paggi** insiste per sapere come avveniva la mestruazione.

Il Prof. **Pellizzari** dice che il sangue veniva da ambo le aperture vaginali, non sa poi se realmente si trattasse di utero bifido con due colli o di due uteri separati.

Aperta la discussione sulla Memoria del Prof. Luciani, il Prof. **Corso** prende la parola chiedendo schiarimenti, ma il Prof. **Luciani** a causa d'indisposizione chiede di rimandare la discussione alla seduta ordinaria successiva.

L'adunanza è chiusa alle ore 3 pom.

V° il Presidente
Prof. P. Burresi.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 22 APRILE 1883.

(Sesta ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. P. Burresi, *Presidente.*

Ordine del giorno:

1° Boncinelli Dott. Francesco. *Un voto di plauso al Cranioclaste del Braun.*
2° Fano Dott. Giulio. *Sul fenomeno dei Cheyne-Stokes, e sulle cause del ritmo respiratorio.*
3° Grilli Dott. Pietro. *Contributo allo studio dei rapporti etiologici fra la sifilide e la pazzia paralitica.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Banti, Dott. Bargioni, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. P. Bosi, Dott. Faralli, Dott. Fano, Dott. Grilli, Prof. Luciani, Dott. Nesti, Dott. A Paggi, Dott. C. Pellizzari, Prof. Simi, Dott. Tommasi, Dott. Turchini ed il socio emerito Prof. Giuseppe Barellai.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Il **Vice Segretario degli atti** dà lettura 1° di una comunicazione del Sindaco di Cesena il quale ringrazia caldamente la Accademia per l'intervento del suo Presidente alle feste in onore del Bufalini. 2° Di una risposta favorevole della Deputazione conservatrice per il concorso in Lire **20** alla erezione di un busto a Domenico Cirillo in Napoli.

Il **Presidente** presenta un manifesto per la erezione di un monumento a Fabrizio di Acquapendente e chiede che la decisione per la somma da offrirsi sia rimessa alla Deputazione conservatrice.

Fa poi osservare che la salma del Prof. Puccinotti giace obliata e senza monumento. Crede che sarebbe utile incaricare la Deputazione conservatrice di pensare anche a ciò e di deliberare un incitamento al Comune perchè prenda la iniziativa per le onoranze da rendersi a quell'illustre.

Chiede che le due proposte siano messe ai voti separatamente.

La prima è approvata alla unanimità.

Rispetto alla seconda, il Dott. **Nesti** fa osservare che il Municipio emise già un voto per la deposizione delle ossa del Puccinotti in S. Croce, quindi basterebbe fare delle sollecitazioni in proposito. Si potrebbe anzi ricordargli che anche pel Bufalini fu stabilito di collocare una lapide in S. Croce.

Il Dott. **Tommasi** aggiunge esservi una serie di deliberazioni della Società all'epoca della morte del Bufalini e che si dee riferirsi ad esse.

Posta ai voti la proposta di far premura per la esecuzione delle pre[s] deliberazioni rispetto al Prof. Puccinotti ed al Prof. Bufalini, è approvat alla unanimità. È quindi incaricato il Segretario degli atti di comunica[r] tal voto all'onorevole Sindaco.

Si legge una lettera del Dott. **Boncinelli** che si scusa di non poter fare la lettura *sul Cranioclaste del Braun*, poichè colpito da febbre reumatica, e delega il Dott. Bargioni a sostenere le sue veci. Questi crede che l'indole speciale dell'argomento e l'utilità della discussione richiedano la presenza dell'autore del lavoro e propone si rimandi quindi alla Seduta successiva.

La Società approva.

Ha la parola il Dott. **Fano** *sulle cause del ritmo respiratorio nel fenomeno dei Cheyne-Stokes.* Il Dott. Fano espone il resultato ottenuto nelle sue sperienze sul centro respiratorio delle tartarughe. In questi animali quando siano in ibernazione la respirazione ha una forma periodica, rappresentata da gruppi di respirazioni alternate da pause. I gruppi non presentano nella massima parte dei casi nè una fase ascendente, nè una fase discendente, come si osserva nel fenomeno classico del Cheyne-Stokes, ma sono costituiti da escursioni respiratorie della stessa intensità.

Se a tali tartarughe si lega il cuore, e se esse vengono sottomesse all'azione anche prolungatissima di gas asfittici o indifferenti CO_2, H, N, CO_2., non si può notare in esse alcuna modificazione nella forma periodica della respirazione. Questo fatto mentre esclude l'azione necessaria dei gas dello scambio e della crasi sanguigna, perchè avvengano i movimenti respiratorii e mentre si oppone alle opinioni del Luchsinger, del Langendorff e del Pflüger, che tutte si fondano sull'azione esercitata dall'ambiente sul centro respiratorio, rendono molto probabile l'opinione che i movimenti respiratorii stessi sieno dovuti ad un vero automatismo del centro respiratorio. Queste esperienze dimostrano anche, secondo il Dott. Fano, che i gruppi non sono già l'espressione di oscillazioni proprie della eccitabilità dei centri, che rendano efficaci degli stimoli, che prima erano insufficienti, come opinò il Prof. Luciani in un suo lavoro sullo stesso argomento. Giacchè non si comprenderebbe come le singole respirazioni dei gruppi non abbiano ad aumentare in intensità per l'azione dei gas asfittici. E a questo proposito il Dott. Fano esclude che ciò non avvenga perchè i movimenti respiratorii abbiano già durante l'azione dell'aria raggiunto il loro massimo di estensione. Comparando poi questi fatti osservati nelle tartarughe ibernanti con quelli che si osservano negli animali superiori, il Dott. Fano crede di poter asserire che i movimenti respiratorii non dipendono fondamentalmente neppure in via mediata dalle condizioni dell'ambiente.

Queste possono modificarli, ma non è in esso che risiede la loro causa fondamentale. Combatte poi la opinione del Rosenthal e le sue idee sull'apnea fetale e chiude esprimendo la speranza di poter un giorno spiegare anche il silenzio del centro respiratorio durante la vita uterina con un fenomeno di moderazione.

Il Dott. **Grilli** parla *dei rapporti fra la sifilide e la paralisi generale del demente.*

Osserva prima di tutto che non tutti i trattati citano la sifilide come causa di pazzia paralitica; si è però verificato da alcuni ben 11 volte su 22 casi, traendone quindi ragioni per stabilire un nesso causale fra sifilide

e pazzia paralitica. Il Grilli è arrivato alla stessa proporzione, ma crede che si possa estendere anche più: 1° perchè i medici non la ricercano in molti casi; 2° perchè i malati non lo sanno o lo negano; 3° perchè i parenti spesso lo ignorano o lo nascondono.

Fatti razionali a prova della possibile precedente infezione sifilitica nei dementi paralitici sono:

1° La refrattarietà di essi a contrarre la sifilide, mentre prendono con facilità ulceri molli e blenorragia: il Dott. Grilli in 22 anni ha veduti nel Manicomio di Firenze solo 30 casi con manifestazioni sifilitiche in corso.

2° Il rapporto proporzionale di frequenza fra i 2 sessi. Negli uomini la demenza paralitica è tre volte più frequente che nelle donne, e la stessa proporzione ha la sifilide. Nelle altre cause manca tal costanza e proporzione fra la quantità delle cause e gli effetti. Gli abusi alcoolici sono quasi costanti, ma non vi è tal proporzione.

Cita il caso di 2 fratelli dei quali uno bevitore, l'altro sifilitico: nel 1° si sviluppò il *delirium tremens*, nel 2° la paralisi del demente.

3° Il criterio terapeutico. È vero che nella demenza paralitica si ha poco vantaggio dalla cura specifica, ma il mercurio non può rifare gli elementi anatomici distrutti, mentre nei primordi della malattia la cura reca miglioramenti e anche a lesione inoltrata un po' di miglioramento vi è sempre.

4° Infine le alterazioni anatomiche cerebrali della sifilide e della paralisi dei dementi sono eguali: anzi le alterazioni vasali della sifilide vecchia sono fatti opportuni per favorire la spiegazione della difficile irrigazione sanguigna che si ha nella demenza paralitica.

È aperta la discussione sulla memoria del Dott. Fano.

Il Prof. **Luciani** dimostra che la dottrina a cui ora è pervenuto il Dottor Fano intorno al fenomeno respiratorio, non differisce essenzialmente da quella da lui emessa nel 1879 nello stesso argomento. L' unica differenza sta in ciò, che mentre egli tentò di spiegare l'automaticità del centro respiratorio, riferendola ad oscillazioni dell'eccitabilità del centro, per cui durante i gruppi divenissero efficaci gli stimoli rimasti insufficienti durante le pause; il Dott. Fano, sulla base dei suoi nuovi esperimenti, dimostra come questo tentativo di spiegazione non regga alla prova sperimentale. Con ciò non riesce certo più chiara la genesi del fenomeno dei Cheyne e Stokes e la dottrina del ritmo respiratorio; anzi ci appare sempre più involta di un velo misterioso, e scema anche maggiormente la speranza di poter oggi chiarire l'arduo problema. Dimostra in seguito come questo argomento, lungi dall'essere una semplice curiosità scientifica, presenti un rilevante interesse filosofico, per la sua evidente applicabilità ai fenomeni psichici e in ispecie alla dottrina della volontà.

Il Dott. **Fano** fa eco alle considerazioni del Prof. Luciani, e lo ringrazia di aver rilevato la importanza dell'argomento da lui trattato.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Grilli, il Dott. Celso **Pellizzari** dice che riconosce la importanza degli argomenti addotti dall'oratore per ammettere nella sifilide una causa di paralisi dei dementi.

A proposito delle cifre di confronto addotte dal Dott. Grilli sulle frequenze della sifilide e della demenza paralitica nei due sessi, crede opportuno di far notare che vi è un altra malattia del sistema nervoso cioè l'atassia locomotrice (la quale presenta presso a poco gli stessi rapporti con la sifilide) che si verifica con diversità di frequenza nei due sessi. Il Prof. Fournier sopra 103 casi ha trovato soltanto 4 donne affette da atassia, mentre nella sua pratica privata ha veduto che il rapporto della sifilide fra la donna e l'uomo sta come 1 a 9.

Il Prof. **Luciani** inclina a credere che una delle cause della demenza paralitica, essendo l'abuso dei piaceri venerei, sia una pura coincidenza *la frequenza dei sifilitici fra tali malati.*

Il Dott. **Banti** fa osservare che le ragioni per ammettere la importanza della sifilide nella genesi della demenza paralitica le crede serie, ma dice che nelle paralisi successive a sifilide nel cervello difettano le lesioni e che le lesioni anatomiche della demenza paralitica non possono di per sè credersi di natura sifilitica.

Il Dott. **Grilli** ringrazia il Dott. C. Pellizzari delle cifre che ha accennate circa alla frequenza della sifilide nell'uomo e nella donna, e dice al Prof. Luciani che la sifilide dei dementi paralitici è antica e precede l'epoca dell'abuso venereo, manifestazione della demenza incipiente.

Dopo alcune osservazioni del Dott. C. Pellizzari la Seduta è chiusa alle ore 2 e mezzo pom.

V° il Vice Presidente
Prof. L. Luciani.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 29 MAGGIO 1883
(Settima dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. Luciani, *Vice Presidente.*

Ordine del giorno:

1° Boncinelli Dott. Francesco. *Un voto di plauso al cranioclaste del Braun.*
2° Zannetti Dott. Raffaello. *Corea per paura, considerazioni medico legali.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. O. Bertini, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Faralli, Dott. Grassi, Prof. Paganucci, Dott. A. Paggi, Dott. C. Pellizzari.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e 35 pom.

È letto ed approvato il processo verbale della Seduta precedente.
Si dà comunicazione delle opere pervenute in dono e di una lettera del Prof. Andrea Ceccherelli, il quale a causa della sua nomina a Clinico chirurgico nell' Università di Parma, chiede passare da socio conservatore a socio corrispondente.
L'Accademia approva.
Si passa quindi all'ordine del giorno ed ha la parola il Dott. Boncinelli *Sul cranioclaste del Braun.*
Nella memoria suddetta il Dott. **Boncinelli** trae motivo da alcune considerazioni sopra qualche particolarità dell' Embriotomia sul capo e specialmente sull' uso del detto strumento da un caso di grave vizio pelvico occorsogli recentemente in pratica. Riguardava questo una rachitica primipara, a termine, di anni 32, con bacino universalmente e irregolarmente ristretto, e coniugata vera ridotta di 66 millim. Le acque erano scolate prematuramente appena iniziatasi la dilatazione del collo alle 6 antim. del 17 gennaio 1883. Feto vivo in presentazione cefalica, posizione O. S. D. A. Rifiutato dalla donna e dai parenti il taglio cesareo, fu forza prepararsi a compiere il parto per un processo embriotomico. Benchè non rifuggisse nell' interesse della vita della madre dal praticare l' atto operatorio a feto vivo, non gli fu concesso di accingersi ad esso che 40 ore dopo la rottura del sacco, quando la vita del feto vicina ad estinguersi e lo stato della donna urgentemente lo reclamava. La bocca dell' utero trovavasi allora dilatata a 5 centim.; la testa mobi sullo stretto superiore, in situazione flessa sì da presentare la piccola font nella nel centro del contorno pelvico. Fu omessa la cloroformizzazione percl non consentita dalla paziente e perchè non creduta necessaria in siffatti ca Non furono all' opposto trascurate le opportune cautele antisettiche. — Pı

ticò prima la craniotomia col perforatore del Blot, resultando la breccia della fontanella posteriore e piccola parte della sutura sagittale. Lacerata e spappolata la sostanza cerebrale, trascurò la iniezione perchè inutile e tentò, ma invano, di abbassare di alcun poco la volta craniense sia coll' uncino, sia col cranioclaste del Simpson. Accordato breve riposo alla donna passò alla cefalotrissia per mezzo del forcipe Guyon. La testa mantenevasi alta e mobile sullo stretto superiore, l' utero inerte. Applicato il cefalotrittore e fatta lentamente la compressione fino all' ultimo dente della *Cremailliére* procedè alle trazioni che per quanto forti e continuate, e benchè lo strumento tenesse fortemente la presa, furono impotenti a smuovere minimamente la testa. A quello sostituì allora il cranioclaste del Braun applicandone il morso lungo la sutura temporo occipitale destra e in alto tanto da passare colla cucchiaja sull' apofisi mastoide fino al collo. Fu con esso che con molta facilità potè ottenere l' estrazione verificandosi esattamente il meccanismo del parto naturale. L' inerzia uterina reclamò il secondamento artificiale e l' amministrazione della segala. Il feto di sesso mascolino pesava 2300 grammi, senza cervello e aveva una lunghezza di circa 48 centim. Le cucchiaja del cefalotribo avevano fatto presa secondo un diametro obliquo della base, dall' apofisi mastoide destra alla squamma del temporale sinistro. Lo schiacciamento aveva prodotto la disgiunzione di tutte le suture degli ossi della volta, la frattura dei parietali, la sconnessione della rupe petrosa destra, per cui l' apofisi mastoide restava rivolta in dentro. Il puerperio fu normale sol che fu disturbato da una mediocre bronchite reumatico catarrale accompagnata per alcuni giorni da lieve stato febbrile dovuto a perfrigerazione sofferta durante l' atto operatorio. Negli organi genitali null' altro che una piccola e superficiale placca necrobiotica nella parete posteriore dietro l'ostio vaginale che in qualche giorno si deterse e sparì. Dopo aver giustificato la scelta del processo operatorio e manifestata l' opinione che in una successiva gravidanza della donna potrebbesi tentare di salvare il feto combinando la sinfisiotomia col parto prematuro provocato, scende in alcune osservazioni concernenti i principali momenti della operazione da lui praticata. È d' opinione che la craniotomia debba ritenersi per una operazione preliminare preparatoria ad altri atti diretti a praticare l' estrazione; perchè non crede che da sola sia sufficiente a ridurre i diametri cefalici, e nemmeno a fare uscire la materia cerebrale (come ha osservato in questo ed altri casi) senza che le ossa vengano compresse contro le ossa pelviche dalle contrazioni uterine, che il più spesso mancano, o da una *vis a fronte* o dal cefalotribo. Ritiene inoltre che talora si possa omettere la craniotomia ed aversi una riduzione sufficiente della testa ed estrarla (come gli è accaduto una volta con la massima semplicità e innocuità) impiantando un uncino acuto sulla squamma dell' occipitale. Si loda del forcipe Guyon e lo riconosce per un ottimo cefalotrittore avendo in questo caso sodisfatto al principale scopo effettuando benissimo la compressione della testa, nè scivolando in alcun senso su di essa, e dimostrandosi anche valido strumento di trazione. Se fallì lo scopo lo si dovè alla gravezza del vizio pelvico che rendeva insormontabile l' ostacolo dei diametri della base presentantisi

in pieno sullo stretto superiore. Questo fu vinto facilmente dal cranioclaste del Braun per la proprietà a lui tutta speciale di volgere, per l'azione eccentrica che gli è propria, di scancio un lato della base e facendole attraversare il ristringimento seguendo una legge generale che può esprimersi così: *perchè un'asta rigida attraversi un cerchio di un diametro minore della sua lunghezza, bisogna che penetri in questo con una estremità e di tanto l'oltrepassi da diventare minore o almeno eguale al diametro del cerchio stesso.*

E tanto più attribuisce al cranioclaste del Braun il successo ottenuto in quanto che gli altri mezzi che potevano sostituirlo erano in quel caso o impraticabili (rivolgimento, uncino) o pericolosi (cefalotrissia ripetuta con o senza trazioni — Payot. —) Circa al modo di applicazione dello strumento preferisce quello per cui venga a far presa in vicinanza o affatto sopra l'estremita posteriore di uno dei diametri trasversi della base, risultando più razionale, come quello che permette d'imitare il meccanismo naturale del parto, ed essendo sempre possibile, come all'opposto non lo è talora il modo insegnato dal Braun, cioè sulla faccia dopo aver deflesso la testa. Accenna finalmente alla innocuità dello strumento rispetto alla madre, alla facilità della sua applicazione, ed ai buoni servizi che può rendere come ottimo mezzo di trazione in tutte le altre presentazioni.

Il Dott. Raffaello **Zannetti** comunicava un *fatto di Corea in un fanciullo* di 11 in 12 anni, accompagnata da strabismo dell'occhio sinistro e prodotta da paura fatta al medesimo da un guarda boschi; sia con percosse secondo alcuni testimoni, sia con minaccie, secondo altri.

La storia anamnestica diceva, che, avanti questo fatto, il malato era stato sano di corpo e di mente, e un maestro di scuola testimoniando il medesimo, asseriva di più che non si era mai potuto accorgere fino a quell'epoca che il fanciullo guardasse male. Lo strabismo era divergente in fuori e leggermente in alto, ma del resto non vi erano disturbi di vista, fuori che un poco di lentezza nell'accomodamento degli atti visuali.

Il Giudice istruttore gli faceva vedere questo ragazzo e domandava se o percosse o minacce avessero prodotto questa infermità, quanto tempo essa sarebbe durata, e se lo strabismo fosse legato all'affezione coreica.

L'oratore ammise la possibilità che la paura avesse potuto suscitare la corea, e che lo strabismo fosse legato alla medesima, quando per testimonianze venisse dimostrato che questo fanciullo non fosse stato nè coreico nè strabico avanti il caso occorsogli nel bosco; che il tempo di guarigione non era determinabile, che sarebbe stato lungo e anche un poco legato ai mezzi di cura che fossero adoperati; che lo strabismo sarebbe in seguito potuto rimanere permanente per viziosa contrazione muscolare acquisita.

L'ha rivisto sempre per conto del tribunale, e l'ha trovato migliorato ma non guarito, osservando però che lo strabismo pareva tenere andamento simile alla corea.

Studiava poi la questione della predisposizione, stabilendo che secondo lui unica predisposizione in questi casi sarebbe la suscettibilità a risentire gli

effetti della paura, ovvero la impressionabilità individuale, la quale non si misura.

È quindi aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Boncinelli.

Il Dott. **Grassi** ringrazia della comunicazione stessa, perchè mostra che anche fuori delle Cliniche si compiono atti operatorii importanti. Ciò si deve pure alla facilità con cui si può adoperare il cranioclaste del Braun, in confronto degli altri cranioclasti più o meno antichi, come è accaduto per i forcipi. Però tal cranioclaste mentre ha la branca interna di facile applicazione, ha la esterna che si applica peggio sulla testa fetale di una branca del forcipe, o del cefalotribo. Crede che diminuire lo spessore della branca e aumentarne la larghezza basti e non sia pericoloso ed è ciò che pensa di compiere l'oratore.

Il Dott. **Boncinelli** concorda circa l'importanza della diffusione del cranioclaste del Braun nella pratica privata, ma per la difficoltà di applicazione nel proprio caso non se n'è accorto, specialmente perchè l'ha applicato sulla superficie craniense, invece che sulla faccia, che è scabra ed irregolare e (prendendo occasione dalla discussione attuale) dice che egli ha l'avvertenza, nel dirigere le branche degli strumenti simmetrici, che i due bordi delle cucchiaja non scivolino insieme nella mano, ma alternativamente ed oscillando; allora si toglie l'inconveniente di procedere a sbalzi, e si penetra più facilmente.

Aperta la discussione sulla memoria Zammetti, il Dott. **Celoni** dice che la consociazione dello strabismo e della corea, convalida la origine cerebrale di questa e rende probabile che potesse dipendere da paura.

La Seduta è chiusa alle ore 2 e 15 pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Burresi.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 3 GIUGNO 1883

(Ottava ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. PIETRO BURRESI, *Presidente.*

Ordine del giorno:

1° TAFANI Dott. ALESSANDRO. *Di un fenomeno nuovo e della sua probabile importanza nello studio delle malattie dei bambini.*

2° PELLIZZARI Dott. CELSO. *Presentazione di alcuni casi di* lupus *della faccia curati con le scarificazioni.*

3° BURRESI Prof. PIETRO. *Trasfusione sanguigna peritoneale in un caso di anemia perniciosa.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Banti, Dott. O. Bertini, Dott. A. Bianchi, Dott. Boncinelli, Professor Burresi, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Fano, Dott. Faralli, Prof. R. M. Levi, Prof. Luciani, Dott. Marcacci, Dott. Nesti, Prof. Paganucci, Dott. Adolfo Paggi, Prof. Paoli, Dott. Tafani, Dott. T. Tommasi, Dott. Urbino.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e mezzo pom.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente Seduta, si passa all'ordine del giorno.

Il Dott. **Tafani** prende la parola. Egli rammenta che altra volta avea trovato le fratture simmetriche delle coste, come mezzo per diagnosticare la sifilide congenita. Oggi con l'esame microscopico del sangue ha potuto trovare dei fatti assai importanti. Tal esame è assai difficile e richiede almeno un'ora di tempo per ogni malato, a causa della moltiplicità delle ricerche. L'oratore avverte servirsi per questo esame del sangue puro, senza aggiungervi altra sostanza: ora i globuli rossi nucleati del sangue non prendono parte alla composizione delle pile dei globuli rossi comuni, e perciò restano nei laghi ripieni di siero insieme ai globuli bianchi.

Su 140 bambini scelti a caso dai primi giorni di vita a qualche anno, ne ha trovati 8 soli con globuli rossi nucleati in circolo, mentre l' Hayem finora li ha veduti nell'adulto solo in 7 casi. Il Dott. Tafani constatò che in 4 casi erano abbondanti, negli altri rari; che in tutti si trattava di rachitismo.

Eccone brevi cenni:

Caso I. Rachitico: figlio di una sifilitica: pesa kilogrammi 5,782. Globuli rossi, 2,914,000; globuli bianchi 3420; emoglobina 45; globuli rossi nucleati abbondanti. Morto per bronchite. Lesioni di rammollimento delle ossa per rachitide: milza del peso di grammi 135.

Caso II. Bambino di mesi 19: illegittimo; infrazione simmetrica delle coste: milza ipertrofica: peso del bambino kilogr. 5,025. Globuli rossi, 3,131,000; emoglobina 48. Globuli rossi nucleati scarsi.

Caso III. Neonato: papule lenticolari a risoluzione centrale: kilog. 2,892. Globuli rossi, 4,495,000. Alla sezione si trovaron le ossa rachitiche con midollo giallo: non coste infrante, nè epifisi gonfie.

Caso IV. Bambino di 3 mesi: eritema e papule ulcerate alle natiche: pesa kilog. 2,975. Globuli rossi, 2,976,000; emoglobina 47. Globuli rossi nucleati molti; quindici giorni dopo placche mucose. Necroscopia: epatite gommosa e midollo delle ossa roseo. Rachitico.

Caso V. Bambino di 15 mesi: rachitico: kilogr. 3,975,000. Globuli rossi nucleati assai; globuli rossi, 2,232,000. Sezione. Infrazione delle coste; rachitismo; milza gram. 95.

Caso VI. Bambino di 14 mesi: infrazione rachitica delle coste, della clavicola e del femore. Pochi globuli rossi nucleati, kilogr. 4,973,000, globuli rossi 2,418,000. Megliorato.

Caso VII. Bambino di 2 mesi e mezzo. Globuli rossi nucleati abbondanti: dopo sette giorni manifestazioni sifilitiche alle labbra ed ai genitali. Sezione. Midollo osseo giallo; milza grossa; glandule rosse e con cellule globulifere.

Caso VIII. Bambino di 16 mesi. Infrazione costale a sinistra: kilogrammi 3,689,000. Pochi globuli rossi nucleati. Sezione. Milza gram. 102. Tutte le ossa si tagliavano col coltello: midollo loro rosso pallido.

Dalle cose sopra esposte, nonchè dai relativi reperti anatomici, crede il Dott. Tafani di poter dimostrare essere in tutti i casi il solo midollo osseo l'organo emapoietico funzionante Scende poi alle seguenti conclusioni:

I bambini che presentavano i globuli rossi nucleati in circolo eran tutti rachitici.

In quattro era provatissimo il fatto dell'esistenza della sifilide ereditaria.

Il loro rachitismo era sempre nel periodo di rammollimento ed il midollo era giallo rossastro.

In alcuni casi, nei quali non apparivano i segni di questo rachitismo durante la vita, esistevano però i globuli rossi nucleati in circolo:

In questi stessi i globuli rossi nucleati precederono le prime manifestazioni eruttive sifilitiche; ed in questi poi alla necroscopia si trovaron le ossa rachitiche:

La probabilità che i globuli rossi nucleati sieno l'espressione del rachitismo nel periodo di rammollimento, ci può far ricercare se questi esistano nei piccoli bambini e nel caso affermativo potremo sospettare della esistenza di un rachitismo grave che per esser congenito è necessariamente legato a sifilide.

Finalmente è provata la possibilità della provenienza dei globuli rossi nucleati trovati in circolo dal midollo delle ossa anche dagli esperimenti. In un cane smilzato e ripetutamente salassato si trovaron tali globuli ed il solo organo emapoietico, che fosse funzionante si vide alla necroscopia essere il midollo delle ossa.

Prende la parola il Prof. **Burresi** *su di un caso di trasfusione peritoneale.* Dopo alcune generalità sulle opinioni degli autori in proposito, osserva che le trasfusioni fin qui compiute sono state 26, delle quali, meno le tre del Ponfick, le 5 del Kazorosnki e l'altra del Mossler, tutte sono state in Italia, ma due sole volte nello stesso individuo. Il Concato emise dubbi sui pericoli e sull'efficacia di tale operazione e l'oratore tende a stabilire lo stesso.

Anamnesi. Carlo Selci, campagnolo; padre morto di cancro gastrico: madre sana: vajolo ai 12 anni. Nel febbrajo 1881 diarrea per 15 giorni dopo bevuta acqua putrida di un fossato. Epistassi abbondante per 5 ore, nel marzo 1882. Spossatezza consecutiva e 6 dì dopo altra epistassi, ma lieve. — Pel cibo deficiente rimase pallido ed estenuato. Nessuna cura. Altre due epistassi discrete nel marzo 1883. Debolezza progressiva: nessuna macchia cutanea precedente, non alterazioni gengivali, nè orina sanguigna. Appetito buono, peso epigastrico: dejezioni normali: tosse con escreato mucoso. Nessun abuso. Abitazione umida, vitto scarso e cattivo.

Stato attuale. Costituzione robusta: nutrizione deficiente: cute bianco terreo: edema palpebrale, mucose anemiche, lingua biancastra, denti cariati, otite a destra: battito arterioso al collo, torace normale; impulso cardiaco debole, celere, frequente, regolare nel 4° spazio presso la sternale sinistra. Addome indolente, teso, con esfoliazione epidermica: lievi edemi degli arti inferiori: muscoli flaccidi. Suono polmonare esagerato e più esteso del normale anter.: poster.: ipofonesi nei $^2/_3$ inferiori. Area relativa del cuore normale; area assoluta con i lati di centim. 10 $^1/_2$, e la base di centim. 12 $^1/_2$. Fegato un po' ingrandito; milza misura 8 centim. verticalmente e giunge in avanti alla ascellare anteriore.

Il respiro era ruvido, con grossi rantoli anter.: poster.: pure respiro ruvido con abbondanti rantoli nei $^2/_3$ inferiori. Soffii dolci su tutti i focolaj, più intensi ai vasi del collo.

Assopimento; intelligenza integra; sensibilità e moti riflessi normali. Midriasi; cristallino un po' opacato.

Diaria. L'esame del sangue diè le seguenti cose: Globuli rossi incolori, deformi, stellati o ellittici; grado citometrico mancante. Globuli rossi 86,800: globuli bianchi 3596. Tre globuli rossi nucleati. Nelle feccie solo detriti alimentari. Le orine emesse variarono dai 700 ai 1600 c. c. al giorno: gialle rosse, acide, dense da 1010 a 1016, con pigmenti, cloruri, fosfati alcalini, ed urati normali, con scarsità di fosfati terrosi e di solfati, con urea oscillante da 8,96 a 9,10 $^{00}/_{00}$.

La temperatura oscillò fra i 37° C ed i 39,5°, in media verso i 38°. Il polso da 78 a 109 battute al 1'. Il respiro segnò da 20 a 35 al 1'.

Appetito scarso, dejezioni liquide, epistassi discreta il 18 aprile; insonnia, debolezza, sopore, lieve delirio da prima, poi calma, e verso il 18 aprile lieve miglioramento di questi fenomeni. Cura ricostituente ed emostatica.

Operazione. Era evidente l'anemia grave, essenziale e primitiva; escluso lo anchilostoma come cagione. Si prescrisse la trasfusione del sangue nel peritoneo.

Si iniettarono un 250 gram. di sangue sfibrinato, adoperando il metodo

antisettico, in 20'. Si ebbe subito dopo dolore locale e quivi lieve ipofonesi. Il malato non soffrì nulla, ma nel giorno fu inquieto e la temperatura salì a 39,8 C. Nei due giorni seguenti l'appetito fu buono il dolore crebbe, la tosse era rara, e si sentì rumore di sfregamento addominale: poi la febbre decrebbe e due dì dopo scomparve. Morì otto giorni dopo.

L'esame del sangue per l'emoglobina si fece ogni due ore nella prima giornata, poi ogni 4: non si ebbe mai un grado ben chiaro di emoglobina, ma nei primi due esami del primo giorno sembrò aversi lieve opacamento della fiammella. Pei globuli si ebbe un valido decremento per la febbre, poi tornarono come prima. Le orine oscillarono dai 1000 ai 2020 c. c. in 24 ore, di densità da 1014 a 1016 con urea da 6,14 a 12,81 $^{0}/_{00}$, ed ebbero un lieve aumento di pigmenti.

Necroscopia. Le pareti addominali nel lato ove fu fatta la puntura per la trasfusione erano della grossezza di centim. 3 a centim. 3 $^{1}/_{2}$; nel lato opposto di 1 centim. e $^{1}/_{2}$. Il tramite della puntura non era visibile, e solo la cicatrice cutanea. Il grande omento adeso alla fossa iliaca destra, duro, fibroso, con briglie. Fegato kilogr. 2,100, grassoso; milza gram. 370 con parenchima molle. Pancreas sano. Reni, intestini, meningi, cervello anemici. Glandule linfatiche arrossate. Midollo osseo di color roseo, duro, facilmente distaccabile in massa. Nel cavo peritoneale gram. 40 di liquido roseo, contenente pochi globuli rossi, pochi globuli bianchi, poche cellule endoteliali con due o tre globuli rossi.

Il midollo osseo avea molti globuli rossi sani a vario diametro, alcuni globuli bianchi, grossi, polinucleati, pochi globuli rossi nucleati, molte cellule globulifere contenenti fino 16 globulini, grosse cellule endoteliali affusate.

Nella milza molti globuli rossi e bianchi, molte cellule globulifere, pochi globuli rossi nucleati. Nelle glandule linfatiche molti globuli rossi e cellule linfatiche e globulifere. Nel sangue mancavano e queste ed i globuli rossi nucleati.

I nervi ed i gangli del simpatico cervicale ed addominale non alterati: nei gangli alcune cellule linfoidi infiltrate.

Nei reni, aumentati i nuclei perivascolari dei glomeruli. Quindi negli organi ematopojetici queste funzioni o erano mancanti o debolissime; vi era di più trattenimento dei globuli rossi, e forse distruzione esagerata di questi.

Perciò la morte avvenne per anemia e non per la lieve peritonite transitoria, come mostrarono i lievi dolori per 5 giorni, la passeggera ipertemia di 30 ore, la ipofonesi e il rumore di sfregamento. In questo caso adunque la trasfusione non produsse il menomo effetto.

L'Autore non crede ciò esser costante, ma in questo caso fu inutile. La causa di questo non dee riporsi nella poca quantità del sangue eguale a quello adoperato dal Golgi, dal Raggi, dal Turati, dal Silva e dal Lanza; ma nella condizione del midollo delle ossa, della milza, delle glandule, per cui questi organi aveano funzioni mancanti e debolissime, non atte a ravvivarsi pel sangue trasfuso, ma piuttosto a distruggere i globuli rossi, senza esser atti a riprodurli.

Quindi l'oratore conclude darsi casi di grave anemia essenziale nei quali la trasfusione peritoneale è inutile affatto.

Il socio Dott. Celso **Pellizzari** presenta tre ammalate di *lupus della faccia* che egli ha curato nella Clinica Dermopatica con le *scarificazioni lineari*. Comincia coll'avvertire come questa terribile e strana malattia abbia per caratteristica di guarire spontaneamente, però dopo lunghissimo tempo, a prezzo di gravi deformazioni e sempre in modo incompleto lasciando cioè sempre il seme del male. I dermatologi, visto che i rimedi d'uso interno erano insufficienti, da lungo tempo hanno rivolto tutto il loro studio alla cura locale, cercando con l'opera loro di precorrere, di accelerare e di migliorare il processo di riparazione naturale. Di qui l'applicazione dei caustici e dei veri e propri mezzi chirurgici.

I metodi più vantati, cominciando dal fuoco e dalle varie paste escarotiche fino alle cucchiajette del Volkman, hanno tutti l'inconveniente di dare una cicatrice spesso non bella, talora quasi così deforme, come quella che accade, dopo un tempo più lungo, per la riparazione naturale.

Il processo delle scarificazioni lineari è stato proposto dal Balmanno-Squire e volgarizzato, per così dire, dal Vidal, dal quale il Dott. Pellizzari l'ha veduto eseguire con splendidi resultati nel 1878.

La prima donna affetta da quella varietà di *lupus* chiamato, forse con non troppa proprietà di linguaggio anatomico, *acneico* è malata da 6 anni alle guancie e da circa due anni al naso ed ora viene licenziata, in apparenza almeno, completamente guarita.

Venuta nello Spedale il 27 dicembre 1883, fu presa in Clinica nel febbrajo scorso e dal 23 di tal mese al 25 maggio è stata sottoposta a 7 scarificazioni praticate contemporaneamente su tutti i punti malati ed altre 7 nei focolaj ove la malattia era più profonda. Soltanto in corrispondenza dei pomelli ove il coltellino scarificatore penetrava entro un focolajo di tessuto luposo molto circoscritto, ma profondo oltre 2 centim., volle coadiuvare l'azione del tagliente con quella del nitrato d'argento in cannello introducendolo fino in fondo.

Il Dott Pellizzari fa osservare come il caso si presti benissimo a dimostrare i grandi vantaggi del metodo delle scarificazioni, perchè abbiano sulla pinna destra, ove la malata fu curata con i caustici, una perdita di sostanza che turba le linee estetiche del naso, mentre a sinistra le linee sono così regolari e l'aspetto dell'epidermide è tale, che non si direbbe che là vi fu un focolajo luposo così grave, che alla prima scarificazione parve si dovesse distaccare una porzione del lobulo.

La seconda ammalata è affetta da una forma di *lupus* ipertrofico del naso, che durò da sei anni con piccoli focolaj isolati sulle guancie, e fu curata altre volte con i caustici. Un ritratto fatto a matita il 2 di aprile, che il Dott. Pellizzari presenta alla Società dimostra all'evidenza come 7 scarificazioni abbiano diminuito enormemente il volume del naso e distrutto quasi in modo assoluto tutti i piccoli noduli luposi. Pur nonostante il Dott. Pellizzari crede di tenere ancora in cura l'ammalata non credendola definitivamente guarita.

Nell'ultima donna si tratta di un caso di *lupus* volgare assai recente, che ha incominciato con tanti punti isolati sul naso e sul labbro superiore da circa due anni. Oggi tutto il lobulo del naso è terminato di tanti piccoli nodulini che danno alle parti una resistenza pastosa. La donna ha avuto paura di sottomettersi alle scarificazioni e perciò dal 7 aprile al 25 maggio fu sottoposta ai più svariati mezzi di cura senza che si ottenesse il più piccolo vantaggio. Finalmente vedendo i grandi vantaggi ottenuti dalle due compagne si è raccomandata perchè le si facessero le scarificazioni. Il Dott. Pellizzari ha presentato questa donna sulla quale non ha fatto che tre scarificazioni parziali, a distanza di due giorni l'una dall'altra; la prima sul lobulo, la seconda sul labbro superiore e la terza sulle pinne nasali; tanto per mostrare l'andamento normale delle incisioni fatte dallo scarificatore. Benchè di contro al lobulo lo scarificatore si affondasse per un centimetro e più e benchè nelle incisioni molto ravvicinate si vedesse il tessuto lacerato in modo, come se una parte del naso dovesse distaccarsi; pure egli crede che il resultato sarà buono come nel primo caso.

Il Dott. Pellizzari chiude la sua comunicazione facendo vedere lo scarificatore del Vidal del quale si è servito e parlando delle particolarità relative alla tecnica del metodo adoperato.

Aperta la discussione sulla memoria del Dott. Tafani, il Dott. **Banti** propone che tanto di questa, che della memoria del Prof. Burresi si faccia la discussione in una seduta straordinaria.

La proposta è approvata e si fissa perciò il dì 17 giugno. Aperta poi la discussione sulla comunicazione del Dott. C. Pellizzari nessuno prende la parola e la Seduta è chiusa alle ore 2 e mezzo pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Burresi.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 17 GIUGNO 1883

(Prima straordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. PAOLI, *Socio anziano.*

Ordine del giorno:

1° LUCIANI Prof. LUIGI. *Sulle funzioni del cervelletto. (II^a comunicazione).*
2° FANO Dott. GIULIO. *Sui centri automatici bulbari.*
3° *Discussione sulle letture fatte dal cav. Prof.* BURRESI *e dal Dott.* TAFANI *nella Adunanza ordinaria del 3 giugno corrente.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Banti, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Corso, Dott. Giuntoli, Prof. Luciani, Dott. A. Paggi, Prof. Paoli, Dott. C. Pellizzari, Dott. Tafani, Dott. Tommasi, Dott. Turchini, Dott. R. Zannetti..

L'Adunanza è aperta alle 12 e mezza pom.

Il **Vice Segretario** comunica che il Prof. Burresi, si scusa di non potere intervenire alla Adunanza e chiede che la discussione sulla sua comunicazione del 3 giugno, sia rimandata alla seduta successiva.

Letto ed approvato il processo verbale, prende la parola il Prof. Luciani, il quale legge le conclusioni della comunicazione del Dott. Fano, che non può esser presente alla Adunanza stessa.

Esso tratta *di un nuovo centro automatico nel tratto bulbo-spinale.*

Il Goltz nel suo classico lavoro sulle funzioni dei centri nervosi della rana, stabilisce come a questo animale si tolga la capacità di locomuoversi spontaneamente, quando venga privato degli emisferi cerebrali. A questo fatto si suole da tutti annettere una importanza generale, ritenendo, (senza diretta sanzione sperimentale sulle diverse classi di animali) che gl'impulsi spontanei dei movimenti di deambulazione (coscienti o incoscienti che sieno) abbiano sede esclusiva negli emisferi cerebrali. Ma il Dott. Fano attendendo alle sue ricerche sulle cause del ritmo respiratorio, tolto il cervello alle tartarughe sulle quali sperimentava, allo scopo d'immobilizzarle, si avvide che esse invece presentavano dei movimenti di deambulazione, ora continui ora periodici, perfettamente coordinati.

Essendo questo fatto una flagrante eccezione di quanto è stato finora ammesso dai Fisiologi, sulla base specialmente delle ricerche del Goltz, fu assunto da lui come punto di partenza di una numerosa serie di ricerche sulle diverse classi dei vertebrati.

Il Prof. Luciani dà qui un breve cenno dei risultati fino ad ora ottenuti lasciando all'autore lo svolgimento dei medesimi, che farà in una ampia monografia che verrà a suo tempo pubblicata negli Atti di questo Istituto Superiore.

1° Dietro ablazione dei soli *lobi cerebrali* le testuggini (*Cistudo europaea* e *Testudo graeca*) rimangono perfettamente immobili, quando non sieno eccitate, o poste in posizioni incongrue.

Lo stesso fatto si osserva in tutti i rettili e batraci. Così fu verificato nell'*alligator lucius*, nella *lacerta viridis*, nel *podarcis muralis*, nel *plactidactilus mauritanus*, nel *tropidonotus natrix*, nel *bufus vulgaris*, nella *rana esculenta*, nel *triton cristatus*.

2° Se alle testuggini oltre agli emisferi cerebrali si estirpano anche i lobi ottici, gli effetti sono ben diversi. Esse presentano poco dopo operate dei movimenti di deambulazione perfettamente coordinati, ora continui ora periodici in diverse direzioni, senza apparente disegno, i quali non cessano che poco prima della morte dell'animale, che può sopravvivere all'operazione anche una settimana, quando sia artificialmente alimentato. Questo stesso fatto si è verificato molto nettamente nei *rospi* e nei *tritoni*. È stato anche osservato in una *biscia*, sebbene con minore nettezza, forse per la forte emorragia che questi animali subiscono per l'atto operatorio. Finalmente anche nella rana, nei rari casi in cui potè sopravvivere qualche giorno dopo l'operazione, si potè osservare lo stesso fatto, sebbene in proporzione assai ridotta.

3° Se oltre i lobi ottici si estirpa nelle testuggini e nei rospi anche la bandeletta rappresentante il cervelletto, non che i due terzi anteriori del midollo allungato, non solo persistono i fenomeni della deambulazione spontanea, ma si mantiene ancora ciò che il Goltz appellò *senso dell'equilibrio*. Infatti rovesciati sul dorso cercano con adatti movimenti di raddrizzarsi, e dòpo alcuni tentativi vi riescono.

4° Se mentre la testuggine o il rospo privati degli emisferi e lobi ottici, o anche del cervelletto camminano, vengono eccitati, scossi o presi in mano bruscamente; essi si arrestano per un tempo più o meno lungo, che talora può oltrepassare la mezz'ora, per poi riprendere i loro soliti movimenti di deambulazione.

5° Non esiste alcun nesso o rapporto tra i suddetti movimenti deambulatori e i movimenti della respirazione. Spesso infatti si è osservato nelle tartarughe una respirazione ritmica normale con locomozione periodica, e viceversa una respirazione periodica con locomozione continua. Nei rospi poi si è osservàto (come fatto costante) la respirazione ritmica, e la locomozione a periodi.

6° I tentativi finora praticati per estendere queste ricerche anche alle classi dei vertebrati superiori, vale a dire ai mammiferi e agli uccelli, si

limitano a due esperimenti su cagnolini neonati e ad uno sul piccione. Se con un taglio trasverso si recide il bulbo dalla protuberanza anulare, penetrando pel cervelletto; tanto nel cagnolino che nel piccione; si osserva colla persistenza del movimento ritmico respiratorio, l'abbandono immediato dell'animale su di un lato con completo rilasciamento di tutti i muscoli; ma periodicamente e ad intervalli di 10 a 15 minuti, si avvertono movimenti clonici alterni delle quattro membra, di tal forma, che se gli animali avessero la forza di tenersi diritti, ne risulterebbe una locomozione rapida abbastanza coordinata.

Da questo insieme di fatti che saranno largamente esposti e ben documentati nel lavoro del Dott. Fano, si possono fin d'ora trarre le seguenti conclusioni dottrinali:

a) Nel tratto compreso dal midollo spinale e dal terzo inferiore del seno romboidale, esiste un centro automatico finora sconosciuto da cui partono ritmicamente gl'impulsi pei movimenti della deambulazione.

d) I lobi ottici esercitano un'azione tonica inibitoria sul detto centro.

c) Gli emisferi cerebrali in forma di volontà sono capaci di attenuare o rimuovere l'azione inibitrice dei lobi ottici, e rendono in tal modo possibile lo sviluppo delle energie del centro automatico bulbo-spinale.

b) Il fatto che delle impressioni relativamente leggere valgono ad arrestare per un tempo talora assai lungo i movimenti di deambulazione compiuti dalle tartarughe o dai rospi completamente scerebrati, dimostra che nel sistema bulbo-spinale esistono le condizioni della memoria (sia essa cosciente o incosciente) delle impressioni subite.

e) Il fatto che sia nelle testuggini, che nei rospi, l'estirpazione della bandeletta cerebellare, non che dei due terzi superiori del bulbo, non abolisce il *senso dell'equilibrio*, mostra erronea la dottrina del Goltz che localizza detto senso nel cervelletto e del Vulpian che l'ammette nel tratto bulbare corrispondente alla protuberanza anulare degli animali superiori.

Il Prof. Luciani fa quindi la sua seconda comunicazione *sulla fisiologia del cervelletto;* dividendola in tre parti.

I.

In questa ricorda i fenomeni presentati dal cane sopravvissuto alla estirpazione completa del cervelletto, del quale tenne discorso nella seduta del 2 luglio dello scorso anno. Ne completa la storia fino al reperto necroscopico, e ne presenta l'encefalo indurito che vedesi perfettamente mancante del cervelletto, meno due piccole porzioni simmetriche che contornano e cuoprono i tre peduncoli cerebellari di ciascuno dei due lati.

I fenomeni presentati dall'animale negli otto mesi di vita consecutivi alla estirpazione cerebellare, sono così riassunti dal Prof. Luciani.

1° Immediatamente dopo la estirpazione del cervelletto, si ha *vera incoordinazione* di tutti *i movimenti volontari*, per cui non riesce nè a star diritto, nè a camminare, nè a nuotare, nè a compiere i movimenti adatti per cibarsi.

per rimuovere le cause di sensazioni moleste, ec. Cotesta incoordinazione è costituita dal fatto, che ad ogni impulso a muoversi, l'animale non può reagire che con movimenti di estensione tonica degli arti anteriori e contrazioni degli estensori della colonna vertebrale in forma di opistotono, con forte tendenza a rovesciarsi all'indietro.

2° Dopo circa due mesi dalla mutilazione cerebellare, i fenomeni della incoordinazione scompaiono del tutto nel nuoto, e resta solo nella stazione, nella deambulazione e negli atti volontari isolati, una forma speciale di *atassia* distinta pei seguenti caratteri: a) movimenti clonici, mal fermi, mancanti della *normale fusione*, *misura*, ed *energia fisiologica;* b) singolare facilità a stancarsi, frequenti rilasciamenti muscolari durante il cammino, e conseguenti cadute al suolo.

3° Dalla fase della *incoordinazione* a quella dell'*atassia cerebellare* si passa gradatamente e per molti stadi intermedi, a misura che va cessando lo stato morboso consecutivo alla grave mutilazione.

Da questi risultati il Prof. Luciani si limita a trarre la conclusione generale, che bisogna riconoscere nel cervelletto *un organo centrale che ha una speciale importanza, sia per la quantità, che per la forma o maniera di svilupparsi della energia nervosa necessaria a compiere i diversi movimenti muscolari.*

II.

Stabilite queste prime nozioni sperimentali intorno alla importanza fisiologica del cervelletto, egli si propone la soluzione di un altro problema. Da che sono determinate *la incoordinazione e l'atassia cerebellare?* Per quale processo si passa dalla prima alla seconda fase?

A questo scopo presenta un secondo cane a cui ha praticato con pieno successo tre successive operazioni:

1° Al 19 giugno 1882, l'*estirpazione della metà destra del cervelletto;*

2° Al 9 ottobre, l'*eccitamento elettrico* e *meccanico* e poi l'*estirpazione* profonda dei due giri sigmoidi del cervello, contenenti i centri motori volontari degli arti.

3° Al 2 maggio di quest'anno l'*estirpazione della metà sinistra residua del cervelletto.*

Dopo narrati i fenomeni presentati da questo cane, li riassume nel modo seguente:

1° Dopo guarito dagli effetti della estirpazione della metà destra del cervelletto, l'eccitamento, sia elettrico, che meccanico dei centri motori degli arti della corteccia cerebrale, dà identici effetti tanto a destra che a sinistra.

2° La estirpazione bilaterale di detti centri cerebrali (giri sigmoidi) produce *paresi* delle quattro estremità più accentuata di quella cha consegue nei cani aventi l'intiero cervelletto.

3° La consecutiva estirpazione della metà sinistra residua del cervelletto produce effetti assai rimarchevoli distinguibili in due fasi; della *incoordinazione* e della *atassia cerebellare.* L'incoordinazione è costituita da un

forte torcimento della colonna vertebrale e della testa a sinistra, e dalla distensione tonica dell'arto anteriore sinistro, per cui diventa impossibile sia la stazione eretta, che la deambulazione e il nuoto. L'atassia si esprime colla grande debolezza dei quattro arti, per cui non riesce a tenersi diritto se non appoggiato al muro o ad un sostegno qualunque, col cadere ogni qual volta tenti di camminare, colle oscillazioni continue della testa e del tronco quando vuol compiere qualche atto volontario. Ma con tutti questi gravi disordini, all'animale è tuttavia possibile il nuoto con perfetta coordinazione, sebbene con energia minore del normale.

Sulla base di questi fatti il Prof. Luciani fonda le seguenti conclusioni:

a) Il cervelletto non è interposto tra le vie di conduzione nervosa centrifuga dal cervello alla midolla spinale, e perciò non potrebbe essere considerato come un organo che elabora gl'impulsi motori volontari che partono dal cervello, per imprimer loro il carattere della coordinazione oppure della forza e misura necessaria ad ottenere l'equilibrio del corpo, la locomozione normale, ec.

b) L'incoordinazione che ha luogo finchè durano gli effetti traumatici della estirpazione del cervelletto, dipende da stato irritativo dei peduncoli cerebellari. Infatti dietro estirpazione in una volta sola dell'intiero cervelletto, l'incoordinazione si manifesta con fenomeni di contrattura simmetrica dei muscoli della colonna vertebrale e degli arti anteriori; invece quando si estirpi il cervelletto in due volte, di guisachè siano del tutto cessati gli effetti della prima operazione, quando ci si accinge ad estirpare la seconda metà del cervelletto la incoordinazione si manifesta con contratture degli stessi gruppi di muscoli, ma del solo lato corrispondente alla metà del cervelletto ultimamente mutilata.

c) Col cessare dell'irritazione peduncolare, si passa dalla fase della *incoordinazione* a quella dell'*atassia cerebellare*, la quale ci esprime il disordine motorio che consegue alla soppressione pura e semplice delle funzioni del cervelletto, rimanendo normali tutti gli altri centri nervosi.

d) Si può assolutamente escludere che il disordine motorio della soppressione delle funzioni cerebellari consista nella impossibilità di ben coordinare i movimenti, sia che il processo della coordinazione s'intenda (come forse opinava il Flourens) come una elaborazione degli impulsi volontari che sarebbe effettuata dal cervelletto, sia che s'intenda col Ferrier come un complesso di adattamenti muscolari riflessi, indipendenti dagli impulsi volontari, necessari al mantenimento dell'equilibrio del corpo.

Il fatto che il cane mancante del cervelletto può nuotare, come un sano, con moti perfettamente coordinati, dimostra che la atassia che presentata nella stazione eretta, nella deambulazione e nei singoli atti volontari, non dipende dalla incapacità di bene coordinare i movimenti. L'altro fatto che il cane a cui oltre la funzione del cervelletto sia soppressa anche quella dei centri cortico-cerebrali degli arti, è incapace del tutto a camminare, e perfino a tenersi ritto senza appoggio, mentre riesce perfettamente a nuotare, dimostra che non ha la forza necessaria per sorreggere colle estremità tutto il peso

del proprio tronco, il qual peso nel nuoto diminuisce in proporzione dell'acqua spostata. D'onde segue che l'atassia cerebellare è l'effetto d'una insufficienza di energia nervosa necessaria all'effettuarsi delle comuni funzioni muscolari del cane.

e) Dal confronto dei disordini motori presentati dal cane mancante del solo cervelletto, con quelli più gravi offerti dal cane mancante del cervelletto e dei centri motori degli arti della corteccia cerebrale, non si può concludere che questi ultimi centri suppliscano in parte alle soppresse funzioni del primo. Si è infatti veduto che anche il secondo cane ha la capacità di coordinare perfettamente i movimenti nel nuoto, e se a differenza del primo non riesce nè a camminare nè a tenersi ritto, ciò dipende dall'effetto paretico di moto e di senso cutaneo tuttavia persistente della decorticazione cerebrale. Mentre questo fatto è una novella conferma della *natura sensorio motrice* dei centri degli arti della corteccia cerebrale, vale d'altro lato a mettere in gran rilievo e nella massima evidenza la natura del disordine motorio che consegue alla eliminazione delle funzioni cerebellari.

f) Dal complesso dei fatti finora esaminati risulta il seguente concetto teorico intorno alla fisiologia del cervelletto: *esso è un organo centrale da cui dipende il tono e gran parte della energia nervosa disponibile dagli elementi motori dei muscoli della vita animale.*

III.

Dopo ciò il Prof. Luciani passa ad esaminare gli effetti della *emiestirpazione cerebellare*, i quali oltre a recare nuovo contributo di fatti a conferma del concetto che l'incoordinazione cerebellare dipenda dall'irritazione peduncolare, si prestano inoltre alla soluzione di un altro quesito: ciascuna metà del cervelletto esercita la sua funzione sulla metà corrispondente del corpo, oppure può funzionare promiscuamente su ambedue i lati?

A risolvere questo quesito presenta un terzo cane, a cui estirpò col suo metodo la *metà destra del cervelletto* il 23 maggio decorso. Descritta ordinatamente la storia di questo animale, ne riassume infine i fenomeni più importanti nel modo seguente:

1°. Nei primi cinque giorni consecutivi alla semiestirpazione cerebellare destra, si ebbero i fenomeni di una modica irritazione dei peduncoli cerebellari destri, vale a dire torcimento dell'asse vertebrale a destra, prevalenza di azione e di forza degli arti sinistri sui destri, giri di maneggio a destra, abnorme sollevamento degli arti di destra nel camminare.

2°. Nei cinque giorni consecutivi, vale a dire dal 30 al 4 giugno, si ebbero fenomeni d'incoordinazione bilaterale (evidentemente per infiammazione della superficie sezionata dal cervelletto rimasto) non differenti da quelli che si ebbero dietro estirpazione totale del cervelletto. Ma interessa notare che i fenomeni irritativi dei peduncoli cerebellari sinistri furono più spiccati che quelli dei peduncoli cerebellari di destra, benchè i primi fossero più distanti dal focolaio flogistico che non i secondi; il che si spiega benissimo per la

estensione maggiore della piaga cerebellare a sinistra comparativamente a quella di destra.

3°. Dal 4 giugno fino ad oggi, cessati i fenomeni della *incoordinazione*, non restano che i fenomeni dell' *atassia* che sono conseguenza della *emiestirpazione laterale del cervelletto*, i quali fenomeni si possono assai bene analizzare *sui tracciati delle peste*, dai quali si rileva il fatto fondamentale che le anomalie del movimento, non differiscono gran fatto nei due lati del corpo, se si fa eccezione di un leggero grado di sollevamento maggiore dell' arto anteriore destro rispetto al corrispondente sinistro, che si avverte quando l'animale cammina, e di una leggera tendenza a piegare verso destra la testa, tanto quando l'animale cammina che quando nuota.

Da questo fatto trae il Prof. Luciani la conseguenza che *ciascuna metà laterale del cervelletto può esercitare la sua funzione sugli elementi motori e sui muscoli di ambedue i lati del corpo.*

Dietro questo risultato (soggiunge il Prof. Luciani) riesce molto improbabile, che il cervelletto piuttostochè un centro fisiologicamente unico, sia da considerarsi (come fa il Ferrier) come un complesso di più organi o centri funzionalmente distinti, esercitanti cioè la loro influenza su distinte sezioni di elementi motori, corrispondenti a gruppi speciali di muscoli. Ma la soluzione completa di questo quesito sarà argomento di una successiva comunicazione, nella quale saranno anche presentati i reperti necroscopici dei due cani presentati in questa seduta.

È aperta la discussione sulla memoria del Dott. Tafani, letta nella Adunanza del 3 giugno.

Il Dott. **Banti** crederebbe più opportuno che tale discussione si rimandasse alla Seduta successiva, e lamenta che non siano state illustrate abbastanza le alterazioni anatomopatologiche nella comunicazione del Dott. Tafani.

Il Dott. **Tafani** osserva che se non si estese su ciò, fu per non render troppo lunga la sua lettura; ma non trascurò tuttavia di far vedere in ognuna delle sue osservazioni che l'organo emapoietico funzionante era il midollo delle ossa, cui quindi era dovuto solo ad esso la produzione dei globuli rossi nucleati.

La discussione sulla comunicazione del Dott. Fano è rimandata alla seduta successiva, mancando l'Autore, e lo stesso si fa per quella sulla lettura del Prof. Luciani.

L'Adunanza è chiusa alle ore 2,15 pom.

V° il Presidente
Prof. Cesare Paoli.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 1° LUGLIO 1883

(Nona ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. PIETRO BURRESI, *Presidente.*

Sono presenti i soci conservatori: Banti, Bianchi, Boncinelli, Bottari, Celoni, Corso, Fano, Faralli, Luciani, Marcacci, Pagannucci, Paggi A., Pellizzari Celso, Tommasi, Turchini, il socio corrispondente nazionale Prof. Romiti.

L'adunanza è aperta dal Vice presidente Prof. LUCIANI alle ore 1 pom.

Dopo letto ed approvato il processo verbale della seduta precedente ha la parola il Prof. **Burresi** *su due casi di anchilostomiasi.* — Dopo alcune osservazioni storiche, zoologiche e cliniche sull'anchilostoma e sulla malattia da essa prodotta, il Prof. Burresi narra la storia di due malati da anchilostomiasi, curati nella sua clinica provenienti dalla galleria del Gottardo. — La cura fu eseguita felicemente con timol e con ricostituenti. — Dalla narrazione di questi casi, l'Autore conclude alla anemia causata dall'anchilostoma e per spiegare la successiva ricomparsa del parassita in individui apparentemente guariti, crede che bastino poche uova rimaste nel loro intestino per potere in certe date condizioni riprodurre una quantità notevole di parassiti purchè questi si trovino in mezzo a feccie nè troppo solide, ne troppo liquide. — Conclude col credere il timol un ottimo rimedio contro l'anchilostoma.

Il Dott. **Banti** non presenta il suo malato a causa delle numerose discussioni da farsi.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Prof. Burresi nell'adunanza del 3 giugno, il Dott. **Banti** richiama l'attenzione sulle alterazioni anatomiche trovate in cotesto caso di anemía. Si videro abbondanti globuli rossi liberi nel midollo osseo, nelle glandule linfatiche e nella milza; questa poi avea l'aspetto simile a quello di un tessuto cavernoso sanguigno, con grandi cavità piene di globuli rossi e di cellule globulifere. Senza indagare se l'anemía dipendesse dalle cellule globulifere distruggenti i globuli rossi, gli sembra utile osservare che questo sangue quivi trattenuto potrebbe spiegare l'anemia stessa. — Un reperto simile relativo alla milza non è stato fin quìosservato e descritto, nemmeno in altri quattro casi di anemia perniciosa progressiva, osservati dall'ora-

tore. — Quindi conclude che l'anemia perniciosa progressiva non è una entità morbosa distinta, ma un complesso sintomatico, sotto il quale si racchiudono varie forme di anemia mortale, con alterazioni anatomiche diverse e quindi con diversa essenza.

Il Prof. **Luciani** cede la presidenza al Prof. **Burresi**.

Si passa quindi alla discussione sulla comunicazione del Dott. Fano nella seduta del 17 giugno.

Il Dott. **Corso** ripete la descrizione degli esperimenti del Dott. Fano e delle sue conclusioni contrarie a quelle del Goltz e degli altri fisiologi; dice che altri esperimenti di asportazione del cervello delle tartarughe sono stati eseguiti già dal Redi e dal Rolando i quali videro che togliendo il cervello alle testuggini esse si muovevano. — Legge in proposito un passo del Redi. — Parla quindi degli studi del Pflüger sulle rane, dei moti compiuti dai pesci e delle anguille discervellate o decapitate. — Dice come egli abbia largamente confutata la teoria della coscienza spinale che si volle fondare sulla base di cotesti fatti. Legge un brano del suo opuscolo *Le tre coscienze*. — Si maraviglia che il Dott. Fano torni a parlare di fenomeni coscienti in animali scerebrati. — Finisce per concludere che i fatti addotti dal Dott. Fano non siono essenzialmente nuovi, e le conclusioni che ne trae non siono possibili.

Il Dott. **Fano** risponde che non gli sono ignoti i fatti sperimentati dal Redi e dal Rolando sulle testuggini. — Dimostra come essi sieno contradittorj e poco ben determinati, e come fosse quindi necessario il riprendere questi studii. — Legge un brano del Redi interposto al passo letto dal Dott. Corso, e da questi tralasciato — Si maraviglia come il Dott. Corso lo ponga tra i sostenitori della coscienza spinale, mentre egli non si è affatto pronunziato in proposito. — Rileva infine la confusione fatta dal Corso tra i fenomeni del Pflüger ed altri nella coscienza spinale, rappresentati sempre da movimenti provenienti da stimoli, e i fenomeni da lui accennati sulle tartarughe sui rospi ed altri animali scerebrati consistenti in movimenti spontanei di deambulazione. — Infine presenta alla Presidenza un suo manoscritto in cui sono riportati gli estratti degli autori che si sono occupati dell'argomento da lui trattato.

Il **Presidente** constata che tra questi estratti trovasene uno del Redi ed un altro del Rolando.

Il Dott. **Corso** osserva che il Rolando scrive che le tartarughe senza emisferi e lobi ottici si offrivano più stupide, il che è in aperta contradizione con quanto sostiene il Dott. Fano.

Il Dott. **Fano** replica che egli invece ha trovato che le tartarughe scerebrate completamente camminano, mentre prive dei soli emisferi stanno ferme. Ciò mostra la novità e importanza delle sue osservazioni.

La discussione si apre quindi sulla comunicazione del Prof. Luciani il quale dietro richiesta del Dott. **Corso** ripresenta i due cani, già osservati nella adunanza del 17. giugno.

Il Dott. **Corso** osserva che se l'Operatore era potuto venire alle sue conclusioni, perchè a lui vissero gli animali operati, mentre morirono a tutti gli altri, si fù perchè rimanevano i peduncoli cerebellari. — Ora non conoscendo

la funzione del cervelletto, dobbiamo anche a questi ultimi dare la importanza dell'ignoto, tanto più che questi peduncoli sono emanazioni del ponte e che gli organi nervosi hanno la loro eccellenza, perchè in piccol volume posseggono grande forza. — Si possono pure asportare grandi parti di cervello o di cervelletto senza vedere alterata molto quella che si dice funzione di tali organi. — Conclude col dire che rimanendo tali peduncoli, non può dirsi estirpato tutto il cervelletto.

Parla poi delle due fasi distinte dallo sperimentatore nei suoi cani: — 1° di incoordinazione; 2° di atassia, delle conclusioni, dei problemi proposti e dei fenomeni offerti dal secondo cane; dice che le due fasi suddette non sono giustificate perchè incoordinazione e atassia sono sinonimi. — I moti osservati nel periodo di irritazione nel primo cane sono d'origine ignota, perchè se vi fosse stata causa continua l'effetto sarebbe stato costante e invece la estensione tonica degli arti avveniva solo quando l'animale voleva muoversi. — Nega che la irritazione dei centri motori nel cane con mezzo cervelletto produca effetti eguali nei muscoli dei due lati, perchè se dal cervelletto, come crede il professor Luciani, dipende molta energia nervosa, tolta metà di cervelletto, i muscoli di un lato dovevano essere atassici o più deboli e contrarsi per l'eccitazione del centro corticale, meno di quelli del lato sano. — Crede che l'osservazione di questo fatto sia stata non completa e non bene apprezzata.

Dopo esaminata la cagna scerebellata, il Dott. Corso osserva che non trova in essa paralisi degli arti, ma anzi fenomeni di esagerata azione muscolare, cosa singolare dopo l'esportazione dei centri motori e del cervelletto. — Dice che invece il cane offre gli stessi fenomeni già descritti dallo Schiff, i quali debbono spiegarsi appunto come questi accenna. — Non dà importanza all'esperimento nell'acqua, fatto già dal Rolando sull'anitra e conclude col dire che le esperienze suddette non aggiungono nulla di nuovo alle cognizioni sulle funzioni del cervelletto. — Propone la nomina di una commissione per la sezione degli animali presentati.

Il Prof. **Luciani** comincia coll'osservare che i tentativi critici del Dott. Corso, fondati su una semplice comunicazione preventiva necessariamente incompleta de' fenomeni offerti da animali tuttora in osservazione, debbono per lo meno giudicarsi assai inopportuni e fuori di luogo.

Solo quando egli avrà pubblicato il lavoro ciascuno avrà diritto di criticarlo, e solo allora la critica sarà fondata. — Riassumendo le obiezioni più appariscenti fatte dal Dott. Corso, vi risponde estesamente, e rettifica i fatti e i concetti spesso — secondo lui — male interpretati o intesi dall'oppositore.

Riguardo ai resultati della necroscopia della prima cagna, dice che il pezzo anatomico dimostra che non solo i due monconi dei fasci peduncolari, ma anche le due piccole porzioni più esterne del cervelletto (che diconsi *flocculi*) sono rimaste intatte. Non era sua intenzione di ledere i primi, e non gli sarebbe stato possibile di estirpare i secondi. — È evidente dunque che i fenomeni presentati dall'animale non poteva che riferirli alla grandissima massa di cervelletto estirpato, e ritiene che i fenomeni sarebbero stati di assai poco più accentuati, se l'estirpazione della parte grigia del cervel-

letto fosse stata completissima. — Avendo date definizioni precise di ciò che intende per *incoordinazione* e per *atassia*, si maraviglia che l' avversario (giuocando di parole) ne faccia un argomento di obiezione. — Per negare che l' incoordinazione dipendeva da irritazione peduncolare gli sembra povero argomento il fatto che le contratture non erano continue, ma si presentavano solo in occasione di movimenti volontari. — Anche il tetano dipende da una irritazione continua con esaltata eccitabilità speciale eppure gli accessi non si producono e ripetono che in occasione di lievi eccitamenti esterni. — Alla obiezione mossa intorno agli effetti dell'eccitamento dei giri sigmoidi nel cane con mezzo cervelletto, risponde deplorando che l' avversario non abbia compreso le condizioni dell'esperimento e le conseguenze che se ne trassero. — Quando si fece l'eccitamento dei centri corticocerebrali le anomalie di movimento per effetto della estirpazione della metà del cervelletto erano scomparse, il che dimostra che ciascuna metà del cervelletto esercita un'azione bilaterale sugli altri centri. — Gli effetti eguali dell'eccitamento dei due giri sigmoidi confermano dette conclusioni e mostrano che gli eccitamenti del cervello non passano pel cervelletto, e che quindi questo centro non è interposto nella via di conduzione cerebrospinale. — Non avendo egli parlato di *paralisi*, ma di semplice *astenia* o debolezza generale e mancanza di fermezza e di fusione nei movimenti della cagna scerebellata, si maraviglia che il Dott. Corso noti che la cagna non sia paralitica, e molto più poi che sia capace di contrazioni più energiche del normale, mentre tutti veggono che la cagna non si regge in piedi e non è capace di fare un passo senza cadere. — Non si preoccupa affatto che il Dott. Corso non annetta punta importanza agli esperimenti del nuoto, gli basta che i fatti in sè stessi siano realmente importanti, e ritenuti tali dai fisiologi.

Intorno alla proposta del Dott. Corso per la nomina di una commisione per fare la necroscopia della cagna scerebellata il Prof. **Luciani** pur respingendo sdegnosamente i motivi della proposta del Prof. Corso, accetta la mozione e propone di delegare al Presidente la nomina della commissione.

Il Prof. **Luciani** osserva poi esser cosa più facile riscuotere applausi parlando da una finestra che venendo ad esporre la proprie idee in seno alla nostra società, ove è la *crême* dei Professori e dei Medici. Il Dott. **Corso** risponde ed infine il Presidente chiede, se la Società crede che si debba eleggere una commissione per la necroscopia della cagna.

Nessuno alzando la mano per approvare, il Prof. **Luciani** prega la Società a riflettere che egli riprende per conto suo la proposta Corso, solo ispirandosi alla considerazione che essendo il caso molto importante è assai utile che più persone competenti prendano parte alla necroscopia dell'animale. — Prega quindi i Soci ad approvare la proposta.

Rimessa ai voti la proposta è accettata ed è deferita al Presidente la nomina della commissione che così si compone: Dott. Banti, Dott. C. Pellizzari, Dott. Faralli.

Il Dott. **Faralli** si scusa, dovendo assentarsi da Firenze per un mese almeno.

Il Dott. **C. Pellizzari** osserva che sarebbe utile mettere in questa commissione il Prof. Paganucci e il Dott. Brigidi.

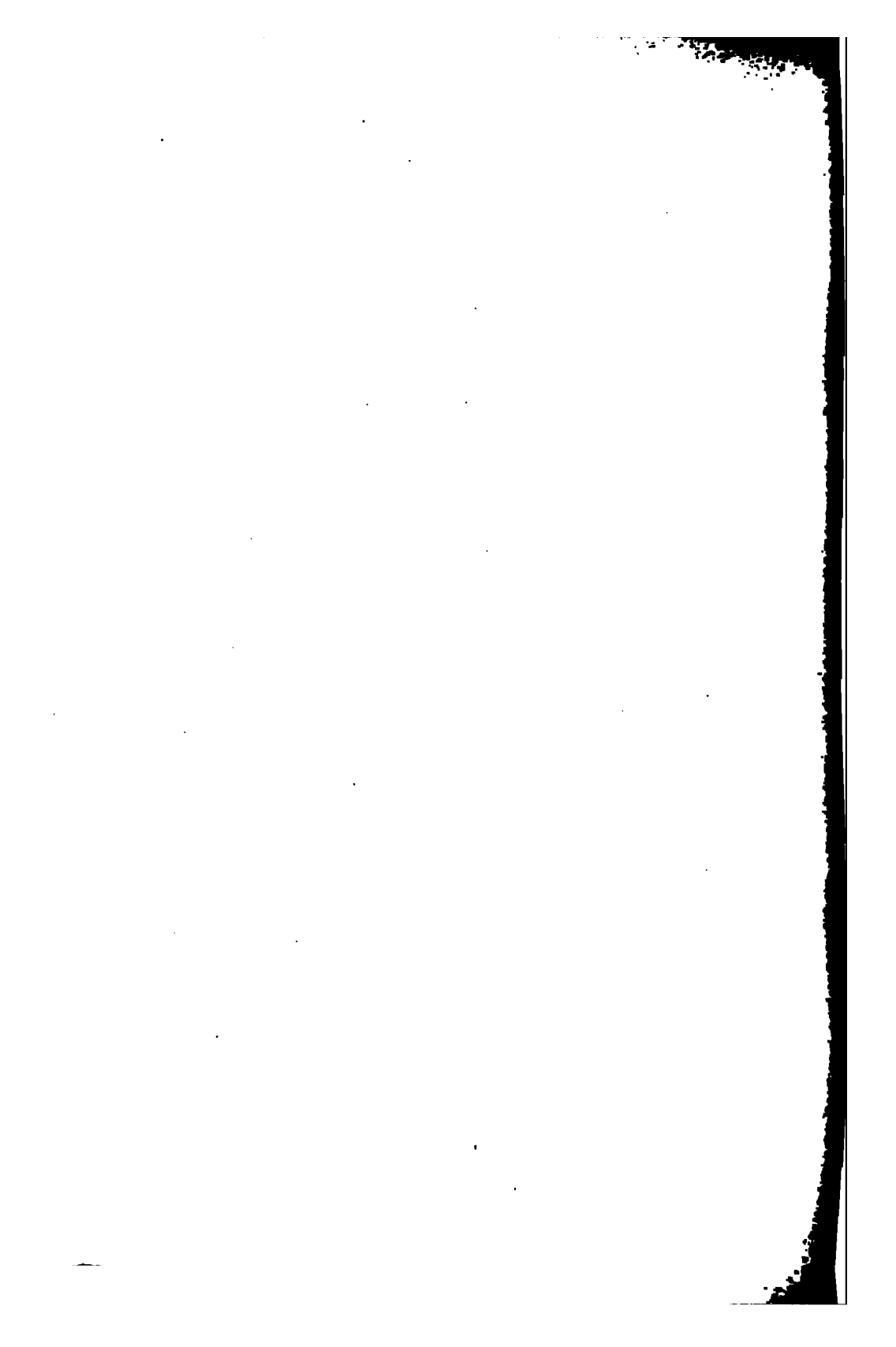
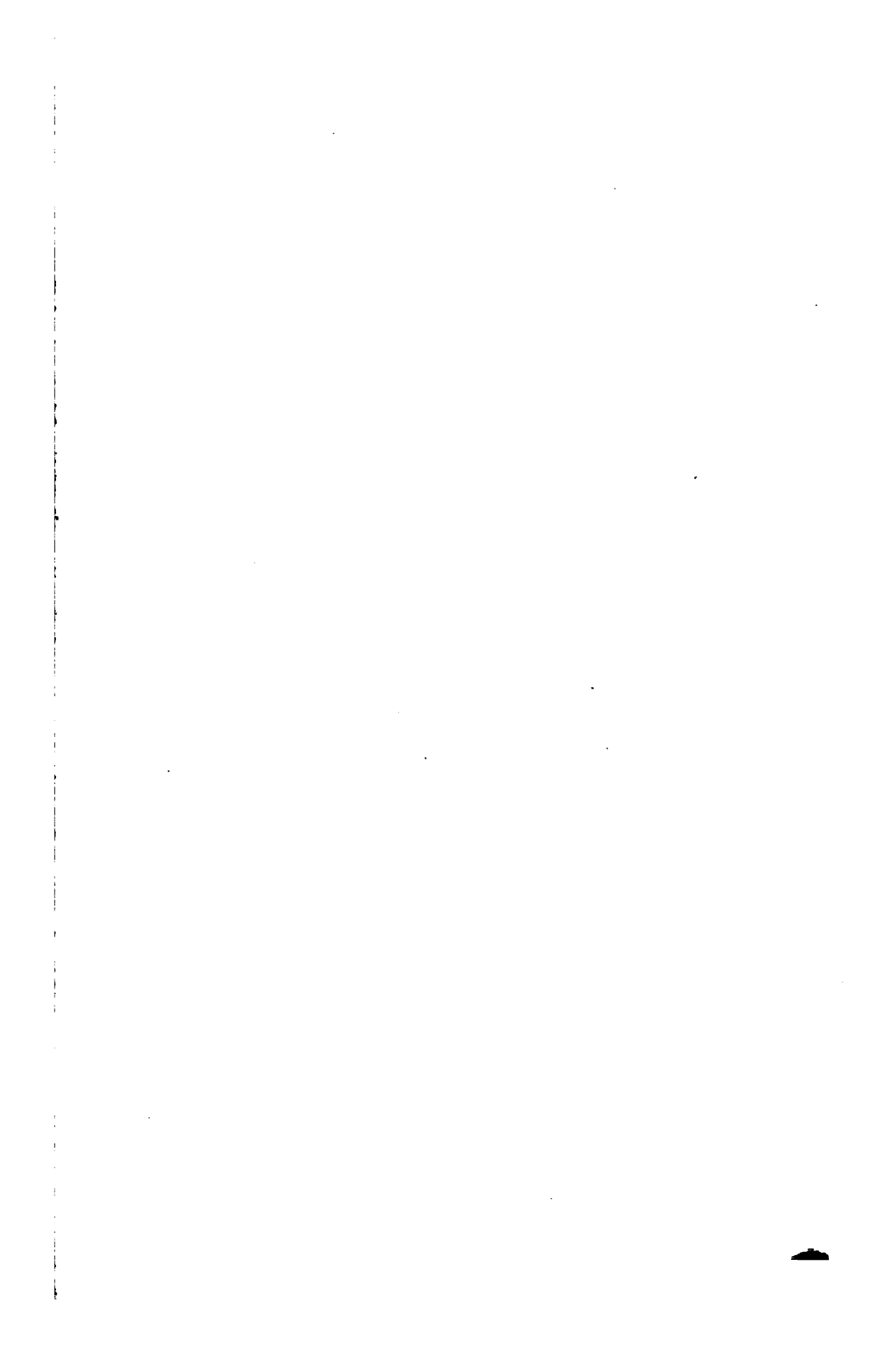
Il Prof. **Paganucci** dice che ha troppa fiducia nel Prof. Luciani per fare una inchiesta sul suo operato. Accetta solo per fare piacere al Collega.

Il Prof. **Luciani** ringrazia.

La commissione è quindi composta del Prof. Paganucci, del Dott. Banti e del Dott. C. Pellizzari.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Prof. Burresi nella seduta presente, nessuno prende la parola e l'Adunanza pubblica è chiusa alle ore 3½ pom.

V.° il Socio Anziano
CESARE PAOLI.

Il Vice Segretario
A. BIANCHI.

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

COMPILATI DAL SEGRETARIO

Dott. GUIDO BANTI

Anno Accademico 1883-84

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
—
1885

ATTI ACCADEMICI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA.

ANNO ACCADEMICO 1883-84

Presidente,	Prof. Pietro Pellizzari
Vice-Presidente,	Prof. Luigi Luciani
Segretario degli Atti,	Dott. Guido Banti
Vice Segretario,	Dott. Aurelio Bianchi
Segretario delle Corrispondenze	Dott. Raffaello Zannetti.

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DELL'ANNO ACCADEMICO 1883-84

(a dì 16 dicembre 1883).

Presidenza del Prof. L. Luciani, *Vice Presidente.*

Sono presenti i Socii: — Corso, Bianchi, Grilli, Adolfo Paggi, Luciani, Boncinelli, Paoli, Zannetti, Bertini, Urbino, Paganucci, Celoni, Marcacci, Tommasi, Levi, Giuntoli, Bargioni ed il Segretario degli Atti.

Aperta l'adunanza a ore 12 ½ il Vice Presidente Prof. Luciani pronunzia il seguente discorso:

Signori!

La Società Medico-Fisica è in lutto; ha subito una perdita dolorosa, forse la più grave che le potesse toccare: Essa ha perduto in Pietro Burresi il suo migliore ornamento, il membro più operoso e autorevole, il suo Presidente.

È cosa strana che io, che fui forse uno degli ultimi a conoscere personalmente il Burresi, e ad apprezzare da vicino i suoi meriti e le sue virtù, debba oggi, per dovere d'ufficio, rammentarle a voi che da più lungo tempo ne eravate ammiratori. Ebbene, o signori, questa circostanza varrà a mettere in rilievo la benemerenza dell'illustre estinto verso la nostra Società: io infatti non potrei parlare di lui per propria esperienza e con vera convinzione se non in quanto ho potuto conoscerlo ed apprezzarlo qui tra voi, in quest'Aula, nel disimpegno delle sue funzioni di Presidente e di Membro attivo della nostra Società.

Tutti dobbiamo convenire che Pietro Burresi esercitava fra noi un'autorità incontestata, non messa in dubbio da alcuno, riconosciuta da tutti. Nell'ultima seduta segreta della nostra Società, trattandosi della rielezione del Presidente, il Burresi manifestò in termini risoluti il desiderio di essere esentato dall'onorevole ufficio e vi pregava di dare ad altri il vostro voto. Ma voi, o Signori, senza previo accordo, per impulso spontaneo, come avviene quando si decide di cosa evidente e di cui si ha pienezza di convinzione, a

schede segrete lo confermaste nell'ufficio all'unanimità. A questa prova manifesta dell'alta stima e della fiducia generale dei Soci che Egli riscuoteva, l'illustre Uomo piegò riconoscente e commosso; e noi tutti godemmo della occasione che ci si offrì di rinnovare l'omaggio dovuto al suo valore e alla sua superiorità morale.

Come membro attivo della Società egli recava quì i riflessi migliori dei suoi studj e della sua pratica clinica. Mi limito a ricordare come più recenti, le sue importanti comunicazioni intorno al problema tuttora alquanto dubbio, *della guaribilità del diabete*, e l'altra intorno all'*apparente recidività dell'anchilostomiasi*. Non furono che semplici illustrazioni di casi clinici; ma quanto rigore ed esattezza di osservazioni, che analisi chiara, e nel tempo stesso elegante dei quadri morbosi, quale prudenza e circospezione nelle conclusioni! — *Ab ungue leonem:* a me bastò quel poco per formarmi un concetto del suo valore come clinico e della sua efficacia come insegnante.

Che dire delle sue doti come Presidente? La sua calma socratica, la sua pacatezza nel regolare le discussioni, la sua previdenza e prudenza nelle proposte e nei consigli, il suo tatto squisito, la sua imparzialità scrupolosa, lo facevano apparire agli occhi nostri come l'ideale dei Presidenti, come il Presidente nato del nostro Sodalizio. — Da cotesto raro complesso di qualità morali derivava la sua autorità incontestata, il suo prestigio, l'alta estimazione e considerazione in cui era tenuto generalmente, per cui ottenne, specialmente a Siena, un cumulo di onori e di cariche, senza lotte apparenti da parte sua, senza invidia manifesta da parte del pubblico.

In quest'aula medesima o Signori, abbiamo avuto più di un'occasione di apprezzare in Pietro Burresi l'uomo di cuore. Mi basti ricordare la sottoscrizione da lui iniziata tra noi nella scorsa estate per venire in soccorso e alleviare le strettezze economiche di una figlia dell'illustre Puccinotti già suo maestro. Tutti ammirammo in quel giorno il calore (insolito in lui) con cui raccomandò la caritatevole proposta, che egli firmò per primo, obbligandosi per una somma egregia.

Eccovi accennato in poche parole, o Signori, perchè la perdita prematura di quest'Uomo benefico, pieno di operosità e d'intelligenza, che poteva rendere ancora tanti altri segnalati servigi al suo paese, alla scienza, alla umanità, sia una sventura per tutti, un lutto grave per la nostra Società.

Io propongo, o Signori, come un omaggio alla venerata memoria dello estinto, di autorizzarmi ad inviare alla Vedova e Famiglia sconsolata una lettera di condoglianza a nome della nostra Società.

Il Dott. **Bianchi** chiede di potere aggiungere alcune parole intorno al Prof. Burresi a quelle dell'onorevole Vice Presidente. — Considera in questa lettura il Burresi sotto il triplice aspetto di Clinico, di Scrittore e di Maestro. Dice che come clinico il Burresi seguì il Bufalini, ma non si contentò di fondare la clinica sul solo esperimento, sibbene anche sulla tradizione. — Constata come il Burresi cercasse più che altro nello studio accurato dei malati i mezzi di ben dirigere la diagnosi e la cura: riporta a questo proposito alcune parole dell'illustre estinto.

Come scrittore il Burresi aveva pura l'eloquenza, era convincente ed esatto. — Rammenta i suoi principali scritti e constata che era seguace vero del progresso scientifico.

Nello insegnamento adoperò il metodo di eliminazione e lo storico-genetico; volle che l'esame del malato fosse completo, minuto ed esatto e che la diagnosi si fondasse su tutte le osservazioni anamnestiche e fisiche raccolte. Dice che la migliore conferma della bontà del suo metodo sono i numerosi allievi suoi, e afferma che in essi la memoria del Burresi durerà quanto la vita.

Conclude: propongo perciò che un busto almeno in gesso sorga quì nel locale delle nostre adunanze a spese della Società, perchè in tal modo ci sembrerà di avere il Burresi ancora fra noi a testimone, a giudice e moderatore delle nostre discussioni scentifiche.

Il Dott. **Tommasi** domanda perchè questa Commemorazione del professore Burresi non figuri nell'ordine del giorno.

Il Vice Presidente replica che ciò dipende dalla consuetudine di mettere nell'ordine del giorno solo i titoli delle letture scientifiche. Del resto, tale Commemorazione figurerà nel verbale della presente Adunanza.

Il Dott. **Grilli** domanda che la proposta del Prof. Luciani venga così modificata: invece di dire « la Società autorizza il Vice Presidente a scrivere « una lettera di condoglianza alla famiglia dell'illustre estinto a nome della « Società medesima » si dica « La Società fa plauso e si associa al Vice Pre- « sidente nell'esprimere la sua condoglianza alla famiglia ec. »

La proposta così modificata viene approvata all'unanimità.

La proposta del Dott. Bianchi viene rinviata alla Deputazione Conservatrice.

Viene data lettura del Processo verbale dell'ultima Adunanza.

Avendo il Vice Presidente Prof. Luciani domandato se alcuno abbia in proposito osservazioni da fare, il Dott. Corso chiede la parola.

Il Prof. Luciani cede la Presidenza al Socio più anziano Prof. C. Paoli.

Il Dott. **Corso** dichiara che il Processo verbale non è esatto in alcune parti e domanda che vi vengano inserite alcune frasi pronunziate dal professore Luciani.

Il Dott. **Banti** dice che all'epoca dell'ultima adunanza non essendo ancora Segretario, il Processo verbale è stato redatto dal Vice Segretario dottor Bianchi; invita quest'ultimo a fornire al Dott. Corso gli schiarimenti opportuni.

Il Dott. **Bianchi** dice che i Processi verbali non sono stenografati ma sono solo il riassunto delle cose più importanti dette nelle sedute della Società. Perciò egli non ha riferito in esteso la discussione sorta fra il Prof. Luciani e il Dott. Corso, omettendo in special modo tutto ciò che di personale poteva ravvisarsi nella medesima.

Il Prof. **Levi** dice non esser decoroso inserire nei Processi verbali quelle frasi personali ed offensive che potessero sfuggire ad un socio e chiede che la Società deliberi non doversi inserire nei Processi verbali se non quanto è

strettamente collegato agli argomenti scientifici trattati nelle Adunanze della Società.

Il Dott. **Tommasi** si associa alla proposta del Prof. Levi, ma dichiara che tale proposta non si può riferire che ai Processi verbali futuri e non già a quello presente, nessuna deliberazione avendo effetto retroattivo.

Il Dott. **Grilli** dice in questo caso trattarsi solo di un socio il quale chiede al Segretario di completare in un punto il Processo verbale e che perciò spetta al Segretario dichiarare se egli accetta o no l'emendamento al Processo verbale proposto dal Dott. Corso.

Il Segretario Dott. **Banti** dice che non avendo redatto il Processo verbale e non ricordando precisamente tutte le parole e frasi pronunziate in un'Adunanza di quattro mesi fà, lascia alla Società il decidere se debba o no emendare il Processo verbale nel modo voluto dal Dott. Corso.

Il Dott. **Corso** replica che altri presenti all'Adunanza del 1° luglio potranno attestare se veramente il Prof. Luciani pronunziasse quelle frasi che egli chiede vengano inserite nel Processo Verbale. Del resto se ne appella al Prof. Luciani stesso e gli domanda se veramente pronunziasse le frasi suddette.

Il Prof. **Luciani** riconosce la verità di quanto asserisce il Dott. Corso, modificando solo leggermente nella forma una delle frasi riferite da lui. Dice esser sempre disposto ad accettere la responsabilità non solo delle sue azioni, ma anche delle parole sfuggitegli nel calore dell'improvvisazione.

In seguito a tale dichiarazione il Processo Verbale viene approvato dopo fatta l'aggiunta richiesta dal Dott. Corso.

Il Segretario dà lettura di una lattera in data del 26 luglio 1883, indirizzata al Presidente della Società Medico-Fisica, Prof. Burresi, con la quale dà le proprie dimissioni la Commissione nominata dal Presidente medesimo, dietro invito della Società, allo scopo di eseguire l'autopsia di una cagna scerebellata, presentata dal Prof. Luciani; Commissione composta del Professore Paganucci, Dott. C. Pellizzari, Dott. Banti. Dà poi lettura del seguente Processo verbale redatto dalla Commissione medesima.

Processo Verbale *di quanto operò la Commissione nominata dalla Società Medico-Fisica Fiorentina per eseguire l'autopsia di un cane presentato dal Prof. Luciani.*

Nell'Adunanza del 1° luglio 1883 della Società Medico-Fisica Fiorentina, dietro proposta del Dott. Corso accettata dal Prof. Luciani, veniva dal Presidente della Società stessa, Prof. P. Burresi, nominata una Commissione allo scopo di procedere all'autopsia di un cane presentato dal Prof. Luciani e da lui operato d'estirpazione del cervelletto. A far parte di questa Commissione furono dapprima designati i Dottori Faralli, Pellizzari e Banti: per il rifiuto del Dott. Faralli, costretto ad assentarsi da Firenze, venne in suo luogo, per proposta del Dott. Pellizzari, scelto il Prof. Paganucci. Dovendo per altro il Prof. Luciani allontanarsi da Firenze per motivi di salute, l'autopsia fu rimandata alla seconda metà di luglio.

Il 10 luglio il Dott. Corso scriveva la seguente lettera al Prof. Burresi che la rimetteva alla Commissione.

« *Illustrissimo Sig. Presidente:*

« Facendo la proposta che una commissione della Società Medico-Fisica « esaminasse prima vivi e poi morti i cani senza o con metà del cervelletto « non intesi di escludere me stesso.

« Io desidererei che Ella ed il Prof. Pellizzari Giorgio fossero aggiunti « alla Commissione e si capisce perchè.

« Sperando che Ella mi farà sapere il giorno e l'ora che la Commissione « si recherà al Laboratorio di Fisiologia per il detto fine — affinchè io pure « possa andare, la ringrazio del favore. »

Firenze li 10 Luglio, 1883.

Suo Devmo.
CORSO FRANCESCO.

Nella lettera precedente tre sono i punti che debbono prendersi in particolare considerazione.

Il primo è relativo ad una inesattezza contenutavi. A dire del Dott. Corso la Commissione avrebbe dovuto esaminare da vivo e da morto il cane presentato dal Prof. Luciani: invece i sottoscritti ritengono che unico mandato della Commissione fosse di eseguire l'autopsia del cane e redigere il processo verbale delle alterazioni trovate. E che ciò sia vero è reso manifesto anche dalla discussione sorta in seno alla Società e in special modo da quanto disse il Dott. Pellizzari, cioè che « trattandosi di una questione puramente anato- « mica e anatomo-patologica, era utile che un Anatomico facesse parte della « Commissione; » parole dietro le quali al Dott. Faralli dimissionario venne sostituito il Prof. Paganucci. D'altra parte nessuno dei sottoscritti avrebbe accettato il mandato qualora avessero dovuto praticare l'esame dei fenomeni morbosi presentati in vita dal cane, riconoscendosi essi affatto incompetenti in simile campo, ove si richiede una tecnica speciale, molto differente da quella in uso nelle ricerche cliniche. Su questo argomento quindi il Dottore Corso spostava in parte la questione, spingendo oltre i limiti primitivi il mandato conferito alla Commissione.

Il secondo punto da prendersi in esame nella lettera del Dott. Corso è la domanda da lui fatta di presenziare l'autopsia. Per verità ciò sorprese alquanto i sottoscritti, poichè essendo stata nominata la Commissione con lo scopo di giudicare in un dissenso insorto fra il Prof. Luciani e il Dott. Corso, era supponibile che essa dovesse compiere il suo mandato fuori della presenza delle due parti interessate, e che perciò dovesse senza di loro eseguire l'autopsia, redigerne il processo verbale, mantenere i pezzi patologici in un liquido conservatore, per poi presentare il tutto alla Società Medico-Fisica nella sua prima Adunanza. Nondimeno i sottoscritti non opposero alcuna difficoltà a che il Dott. Corso fosse spettatore dell'autopsia e solo deliberarono di attendere

il ritorno del Prof. Luciani per invitarlo ad assistervi esso pure, se tale fosse stato il suo desiderio.

Ma il fatto più grave contenuto nella lettera del Dott. Corso era la domanda che altri due Membri, i Professori P. Burresi e G. Pellizzari, fossero aggiunti alla Commissione. Tale pretesa (manifestata non al momento in cui fu nominata la Commissione, ma dieci gioni appresso) poteva essere interpetrata in un modo solo, cioè che il Dott. Corso diffidasse della Commissione nominata e la ritenesse incopetente o per capacità o per imparzialità di giudizio. Per tale prova di sfiducia la Commissione, accorgendosi di non possedere più quella autorità che era in diritto di attendersi e senza la quale il suo mandato riusciva vano, pensò a dimettersi immediatamente: però, dopo matura considerazione, il desiderio di evitare ulteriori attriti e di non lasciare pendente una questione sollevata in seno alla Società Medico-Fisica, l'indussero a soprassedere alquanto e a tentare prima tutti quegli sforzi conciliabili con la propria dignità che le avessero permesso di rimanere in ufficio e menare a fine il mandato conferitole.

Frattanto essendo ritornato il Prof. Luciani in Firenze, i sottoscritti si recarono presso di lui il 25 luglio, gli comunicarono la lettera del Dott. Corso e l'invitarono ad assistere esso pure all'autopsia. Però il Prof. Luciani dichiarò « non avere niente ad opporre a che il Dott. Corso assistesse in qua-« lità di spettatore all'autopsia; egli però per delicatezza non acconsentire ad « esservi presente ed anzi pregare che l'autopsia stessa si facesse in altro « luogo fuori del Gabinetto di Fisiologia. »

I sottoscritti allora deliberarono che, malgrado l'assenza del Prof. Luciani, il Dott. Corso avrebbe potuto presenziare l'autopsia.

Ma a causa della prova di sfiducia manifestata dal Dott. Corso verso la Commissione, i sottoscritti crederono di non potere condurre a termine il mandato e recedere dalla determinazione presa di dimettersi, se non a patto di associarsi altri due Membri, sulla cui competenza non fosse da sollevare dubbio, i quali dovessero eseguire l'autopsia del cane e redigerne il relativo processo verbale. Avendo già rifiutato, malgrado l'invito del Dott. Corso, i Professori Burresi e Pellizzari di fare parte della Commissione, i sottoscritti si rivolsero ad altri, fra cui ai Prof. Targioni-Tozzetti e Cavanna. Tutti però, preso cognizione dei fatti, ricusarono in modo assoluto di fare parte della Commissione dichiarando che, dopo il rifiuto dei Professori Burresi e Pellizzari designati dal Dott. Corso, la sfiducia manifestata verso la Commissione medesima si sarebbe estesa inevitabilmante a tutti coloro che questa avesse scelto in qualità di Membri aggiunti.

Vedendo così andare fallito l'unico mezzo che sembrava permettere alla Commissione di esaurire senza scapito della propria dignità il mandato ricevuto, i sottoscritti deliberarono di rassegnare le loro dimissioni al Presidente della Società Medico-Fisica, il che fecero con lettera in data del 26 luglio 1883.

3 Agosto 1883.

Prof. L. Paganucci
Dott. C. Pellizzari
Dott. G. Banti.

Il Dott. **Corso** chiede la parola e dice le seguenti parole:

Nel primo giorno del mese di luglio passato criticai gli esperimenti sul cervelletto fatti nel laboratorio fisiologico di Firenze. L'autore da me criticato rispose in modo da insinuare nell'animo altrui l'opinione che nel fare quella critica mi muovesse quasi un cieco istinto di opposizione sistematica, e peggio ancora odio alle persone e la prava intenzione di sfrondare gli allori, che talvolta Minerva e Apollo mettono intorno alla fronte degli scienziati.

Accusa gravissima è questa, signori miei, che se fosse stata minimamente provata, avrei meritato il disprezzo, ma non la vostra commiserazione, e d'essere preso, legato e condotto all'Ospedale di San Bonifacio sotto la cura del dottor Grilli. Soltanto un forsennato poteva venire qui dentro armato di sofismi, certo di trovarvi gente di così gramo intelletto, che il parlare inferiore dei Cherefonti avrebbe preso per vangelo scientifico e di nuocere così ad una persona.

La meretrice che mai dall'ospizio
Di Cesare non tolse gli occhi putti,
Morte comune e delle corti vizio;

cioè l'invidia che l'altrui bene vuole distruggere, delle corti segue gli usi; dei cortigiani grandi o piccoli, spregevoli sempre, prende i modi e l'umile aspetto sorridente bugiardo; ricorre al « *monstrum horrendum et ingens, ficti pravique tenax nuntium* » descritto da Virgilio, alla cattiva fama, la calunnia è di giorno, fra le tenebre, nelle conversazioni, nei conviti cose turpi narra dell'uomo che vuole perdere. Questa furia, signori miei, non è mai entrata nella mia povera casa nuda di quadri e di domestiche vergogne. Così avido sono del vero, e così nemico mi sento di ciò che pare e non è che lo combatto con tutte le mie forze anche con mio danno e a viso aperto. E a viso aperto qui venni a dire cose che tutti i presenti potevano giudicare: cose che poscia avrei pubblicate per le stampe, e, se ne valeva la pena sarebbero state giudicate da chi si cura di questioni scientifiche. Se non bontà d'animo e un poco di pudore, almeno egoismo mi avrebbe sconsigliato dal mal passo, intempestivo, ridicolo. I signori commissari dicono « ci siamo dimessi per la lettera, al Presidente della Società, colla quale chiedevate che egli e il Signor Giorgio Pellizzari, fossero aggiunti alla nostra Commissione e che noi facessimo non la sola autopsia della canina ma anche l'esame dei fenomeni fisiologici presentati dalla medesima. Tale lettera è una prova di sfiducia verso di noi, e ne imponeva di fare cosa di cui siamo incapaci.

Non avrei mai creduto che i signori Commissari per giustificarsi di non avere fatto il loro dovere, si sarebbero sforzati di provare che la colpa è tutta mia se non fu fatto l'esame, e l'autopsia dei cani.

Si deve subito notare che essi parlano di autopsia di una cagna. Il Segretario della Società, uno dei commissari, ha perfino dimenticato d'avere letto nel Processo verbale dell'adunanza del mese di luglio scorso, avere io proposto l'esame e l'autopsia dei cani presentati dal Luciani. Avendo combattuto tutta la teoria sulle funzioni del cervelletto, che questi aveva fondato sopra i risul-

tamenti di tre esperienze sopra tre cani, sarebbe stata cosa ridicola proporre l'autopsia d'un solo animale.

L'autopsia poi fatta senza avere esaminato i fenomeni presentati dagli animali sarebbe stata inutile. Per supplire dunque al difetto di capacità di fare tale esame, confessato dai signori commissari, nella mia lettera esprimevo, s'intenda bene, il desiderio che a loro si aggiungessero i signori Burresi e Pellizzari. Il giudizio della Commissione così sarebbe stato più solenne.

Qualunque significato avesse avuto la mia lettera, i commissari non dovevano prenderla per norma dei loro atti, dovevano contentarsi della fiducia della Società che affidava ad essi l'onorevole ufficio. Ove poi avessero tenuto tanto alla mia fiducia, prova massima di fiducia doveva essere per loro la lettera, posteriore a quella scritta al Burresi, colla *quale li pregavo di non dimettersi* (1), e dicevo che ove non si facesse l'autopsia dei cani non ne fossero responsabili loro; ma i signori commissari hanno taciuto di questa lettera! È chiaro dunque che furono altre le ragioni per cui si dimisero. Me ne accorsi la sera che in un teatro dimandai confidenzialmente a Celso Pellizzari quando farete l'autopsia dei cani? Dal *prima di tutto si tratta d' una cagna e non di cani — e dal tono* con che mi rispose, intesi che l'anima sua pure era da parzialità offesa. La commissione non volendo fare l'autopsia dei cani in mia presenza, tentò, come si dice, d'uscire dall' *imbarazzo pel rotto della cuffia.*

Il Dott. **Banti** dice che la domanda rivolta dal Dott. Corso al Professore Burresi non poteva essere interpretata che come segno di sfiducia tanto più essendo stata fatta non al momento della nomina della Commissione, ma 10 giorni appresso; che come segno di sfiducia l'intesero non solo i Membri della Commissione, ma tutti quegli cui venne comunicata. Del resto era stato appunto per riguardo alla Società che la Commissione non si era subito dimessa ed anzi, dopo il rifiuto dei Professori Burresi e Giorgio Pellizzari di aderire all'invito del Dott. Corso, aveva cercato di associarsi altri Membri onde condurre a buon fine il mandato ricevuto. Solo dopo il rifiuto di tutte le persone interpellate aveva creduto necessario inviare le proprie dimissioni.

Il Prof. **Luciani** ringrazia il Dott. Corso della dichiarazione fatta, di essere cioè stato mosso nel proporre la nomina della Commissione solo dal desiderio di risolvere una questione scientifica. Tale questione però non può mancare di venire debitamente risoluta, poichè avendo egli portato la cagna scerebellata al Congresso Freniatrico di Voghera ed avendo chiesta la nomina di una Commissione per eseguirne l'autopsia, tale domanda venne subito accolta ed ora la cagna trovasi in osservazione a Pavia presso il Prof. Golgi, uno dei Membri di tale Commissione: l'autopsia verrà praticata quanto prima. Del resto egli è quasi lieto che la cagna non venisse sacrificata nell'estate scorsa, poichè in questo tempo ha avuto modo di fare sulla medesima nuove osservazioni assai importanti. Così ha veduto come questa cagna nuoti perfetta

(1) Questa lettera è in data del 27 luglio 1883: le dimissioni della Commissione furono inviate il 26 luglio al Prof. Burresi.

mente anche ad occhi bendati con striscie di cerotto: inoltre essendo essa entrata in caldo ed accoppiatasi con un cane, è rimasta pregna, ha figliato a termine, ed ora sta allattando due canini che soli sono stati conservati in vita fra i quattro che essa aveva dato alla luce.

Il Dott. **Corso** dice:

Se mi fosse stato chiesto di rimettere l'ulteriore esame e l'autopsia dei cani a tempo più opportuno nell'interesse della scienza avrei acconsentito. Il signor Luciani ha detto che se a me veramente preme la sola questione scientifica, sarà risoluta dalla Commissione nominata dal congresso di Freniatria di Voghera alla quale fu affidata la *cagna*. Non è la stessa cosa. Il signor Luciani erasi impegnato colla Società e con me e qui doveva farsi l'esame e l'autopsia dei cani presentati alla Società, e non della sola cagna affidata ora all'esame del Golgi; qui in Firenze dove potevano trovarsi uomini tanto capaci quanto a Voghera; qui dove io restai per esaminare i cani coi miei occhi, sebbene in quel tempo me pure invitassero gli incanti del Tirreno e mi chiamassero i miei parenti. Il signor Luciani aveva promesso alla Società ed a me, che appena tornato da certi bagni, avrebbe messo i cani a disposizione della Commissione — Ma questa si dimise, dice il signor Luciani. Egli però ha taciuto la lettera raccomandata che gli inviai nella quale gli dicevo; « si dice che la commissione voglia dimettersi; ove essa non « facesse il suo dovere, noi faremo il nostro. Ci resta un modo onorevole per « risolvere la questione scientifica. Nomini lei due di sua fiducia ed io uno « ed essi, presenti noi due, facciano l'esame e l'autopsia dei cani.

Gli scrivevo pure che egli probabilmente non avrebbe accettata la mia proposta. Ho detto questo perchè resti scritto e provato negli Atti della Società che non si volle fare l'autopsia dei cani in mia presenza.

A causa dell'ora tarda l'Adunanza viene sciolta a ore 3 pom. rimettendo alla ventura seduta l'esaurimento dell'Ordine del Giorno.

Il Socio più anziano
Dott. C. Bottari.

Il Segretario
Dott. G. Banti.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 23 DICEMBRE 1883.

Alla Presidenza il Dott. Cesare Bottari, *Socio più anziano.*

Sono presenti i Socii: — Bottari, Corso, Paoli, Bianchi, Boncinelli, Paggi Adolfo, Pellizzari Prof. Celso, Marcacci, Bertini, Levi R., Giuntoli, Celoni, Eccher, Tommasi, Simi, ed i Segretarî degli Atti e delle Corrispondenze.

Dichiarata aperta l'Adunanza a ore 12 ½, viene data lettura del Verbale della Seduta precedente.

Il Dott. **Corso** domanda che in quel Verbale venga inserito integralmente ciò che disse nell'Adunanza riguardo al Rapporto presentato dalla Commissione nominata per eseguire l'Autopsia di una cagna scerebellata dal Prof. Luciani. Egli deposita perciò alcuni fogli manoscritti, dichiarando essere contenuto nei medesimi quanto disse nell'Adunanza antecedente.

Il Dott. **Banti** fa osservare che l'inserzione integrale dei discorsi pronunziati dai Soci sarebbe contraria al Regolamento.

Il Dott. **Simi** dice che questa inserzione può essere eseguita a richiesta d'un Socio, a meno che non vi si opponga la Società.

Il Prof. **C. Pellizzari** domanda che qualora questa inserzione venga approvata, resulti anche nel Processo Verbale come la lettera scritta dal dottor Corso ai Membri della Commissione sia in data del 27 luglio 1883, mentre la lettera con la quale la Commissione inviava le proprie dimissioni al Professore Burresi abbia la data del 26 luglio. Perciò, quando la Commissione ricevè la lettera del Dott Corso, aveva già rassegnato il mandato e non poteva quindi ritornare sulla presa deliberazione.

Il Dott. **Banti** domanda che qualora nel Processo Verbale s'inserisca integralmente il discorso del Dott. Corso, vi s'inserisca pure integralmente il Rapporto presentato dalla Commissione.

La Società approva.

Ha la parola il Prof. **C. Paoli** il quale fa una lettura sulla *Cura delle Granulazioni Congiuntivali.* Dopo avere ricordato come il Jequirity venne introdotto nella terapeutica oculistica e gli esperimenti per cui viene ammesso essere dovuta la sua azione alla presenza di Batterî nell'infuso di questo seme, Egli conclude:

1° il soluto del seme del Jequirity al saggio del 2 per 100 determina nell'occhio dell'uomo ammalato di granulazioni palpebrali un catarro acuto

2° le granulazioni si rammolliscono, si rigonfiano ed una quantità maggiore di sangue affluisce nei capillari della congiuntiva;

3° i ricambi nutritizî determinati dall'afflusso maggiore di sangue fanno cambiare lo stato patologico della congiuntiva dipendente dalle granulazioni e ciò per eliminazione ed assorbimento dei prodotti morbosi già esistenti;

4° gli effetti vantaggiosi si hanno nelle granulazioni semplici rosse, in quelle cioè che non hanno subíto metamorfosi regressive;

5° nelle granulazioni a periodo più avanzato, nei casi atrofici con cornee molto vascolarizzate, la reazione prodotta dall'infuso di Jequirity è assai mite e si verifica ciò che l'Autore aveva osservato adoperando in questi casi il virus Blenottalmico;

6° a questo periodo il Jequirity riesce più valevole a dissipare il panno corneale, ma le granulazioni poco risentono della sua influenza;

7° una sola applicazione non basta e il più delle volte anche nei casi semplici conviene ripeterla quando però siano cessati i fenomeni provocati dalla prima medicatura;

8° non bisogna essere tanto solleciti nel rinnovare le applicazoni, perchè i risultati finali non si verificano che dopo un tempo più o meno lungo;

9° è controindicato l'uso del Jequirity quando le cornee hanno subíto profonde modificazioni nella loro tessitura, quando esistono parziali Staffilomi, Ectasie e Leucomi aderenti;

10° l'ottalmia provocata da questo medicamento è purulenta e perciò contagiosa, come tutte le ottalmie purulenti, qualunque sia la causa che le determini;

11° l'infuso del seme di Jequirity deve essere considerato come un medicamento valevole nella cura delle granulazioni palpebrali semplici, di data recente, adoperato colle debite cautele, senza prevenzione e senza entusiasmo e con quei criterj clinici dai quali deve essere sempre guidato ogni prudente Medico e Oculista;

12° occorrono ancora altre prove ed osservazioni bene accurate per stabilire le indicazioni e le controindicazioni.

Il Dott. **A. Paggi** comunica un caso di ovariotomia eseguito nella sua pratica privata il 23 agosto 1883. La ciste era assai voluminosa ed aveva estese e valide aderenze coll'intestino e con la scatola pelvica. Con diligente e prolungata dissezione fu liberata dall'intestino e quindi, escisa la ciste per quanto potevasi, la porzione inferiore di essa foggiata a peduncolo, fu suturata alla parte mediana della ferita addominale. Furono abbandonate nel cavo peritoneale varie legature e fu necessario fare uso del termocauterio per frenare l'emorragia a nappo dalle pareti intestinali: perciò fu creduto bene di praticare con tubi di vetro non solo il drenaggio della piccola cavità cistica costituente il peduncolo, ma anche il drenaggio del cavo peritoneale. Questo fu tolto dopo 18 ore: l'altro dopo 15 giorni. La cavità del peduncolo si riunì di prima intenzione non essendo mai uscita dal tubo goccia di pus. L'operata dopo 4 settimane passeggiava per la casa: la guarigione fu completa.

Viene aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Paggi.

Il Dott. **Tommasi** si congratula col Dott. Paggi per l'atto operatorio eseguito e per l'esito ottenuto. Crede però che Egli abbia forse un poco trasceso nel chiamare comune l'operazione dell'ovariotomia, la quale presenta non poche difficoltà nell'eseguirla, come lo stesso Dott. Paggi n'ebbe una prova in quella da lui compiuta. Gli sembra perciò non bene addirlesi l'epiteto di comune adoperato dall'abile operatore.

Il Dott. **Boncinelli** dice essere sopratutto due i punti culminanti della storia narrata dal Dott. Paggi; 1° la presenza di estese aderenze non potute diagnosticare; 2° il processo operatorio eseguito, cioè l'avere escisa la ciste lasciando una parte della medesima. Relativamente al primo punto crede sarebbe assai utile dopo fatta l'incisione delle pareti addominali, il ricercare con la mano l'estensione e la validità delle aderenze, onde non proseguire un atto operatorio quando si riconoscesse molto difficile. Propone questo, sembrandogli assai pericolosa l'emorragia a nappo proveniente dal distacco di aderenze, perchè dovendo per frenarla ricorrere alle cauterizzazioni, l'escara resultante può dopo dare luogo a processi flogistici nel peritoneo. — Per ciò che riguarda il secondo punto, domanda se un simile processo operatorio non si potrebbe impiegare come metodo comune.

Il Dott. **Giuntoli** chiede perchè si trascuri la puntura della ciste prima di devenire all'ovariotomia. Crede che l'esame chimico e microscopico del liquido potrebbe forse fornire qualche buon indizio per la diagnosi.

Il Dott. **Paggi** replica al Dott. Tommasi di avere denominato l'ovariotomia un'operazione abbastanza comune; 1° perchè molto grande è il numero delle ovariotomie fatte e basta a tal proposito ricordare come due anni fa lo Spencer Wells ne aveva già eseguite oltre 1000: ora di qual'altra operazione può un chirurgo vantarsi di averne compiuto un numero simigliante? — 2° perchè l'ovariotomia viene giornalmente eseguita da un gran numero di chirurghi e perfino da medici condotti. — Al Dott. Boncinelli replica che qualora egli possa, cercherà sempre di estrarre completamente la ciste senza lasciarne porzione nel cavo peritoneale. Aggiunge che non ha molta paura dell'escare nel peritoneo e ricorda a tale proposito che una delle migliori statistiche appartiene a Keith di Edimburgo, il quale cauterizza largamente il peduncolo e lo abbandona senza legare nella cavità peritoneale. — Al Dottore Giuntoli dice che la pratica della puntura preventiva è stata abbandonata come pericolosa. Del resto l'esame chimico e microscopico del liquido estratto molto di rado può fornire resultati utili per la diagnosi e racconta a tale proposito come avendo di recente fatto esaminare il liquido estratto da una supposta ciste ovarica ai Proff. Brigidi e Roster, non ha ottenuto che risposte molto dubitative. — Chiede su tale argomento l'opinione del Dott. Banti.

Il Dott. **Boncinelli** dichiara non avere inteso proporre come metodo universale quello di lasciare parte della ciste nel peritoneo, ma di avere solo voluto significare che era utile adoperarlo nei casi di forti ed estese aderenze delle pareti cistiche al bacino.

Il Dott. **Tommasi** dichira che avendo molte volte eseguito l'esame chimico di liquidi di cisti ovariche, non riescì mai a trovare caratteri tali che servis-

sero a distinguerli certamente da essudati peritoneali saccati od anche da liquidi ascitici.

Il Dott. **Banti** dice che l'unico dato istologico sicuro, capace di fare riconoscere con certezza il liquido d'un cistòma ovarico sarebbe la presenza di cellule epiteliali. Tale reperto però è assai raro: almeno a lui non è riuscito a constatarlo che una o due volte nei molti esami di liquidi ovarici eseguiti.

A ore 2 1/4 la Seduta Pubblica è sciolta.

V° il Presidente
Prof. P. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. G. Banti.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 27 GENNAJO 1884.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: i Proff. Luciani, Celso Pellizzari; i Dott. Bargioni, Campani, Boncinelli, Bianchi, Bertini, Turchini, Urbino, Marcacci, Paggi Adolfo, Bottari, ed il Segretario degli Atti.

Aperta l'Adunanza a ore 12 $^1/_2$, viene data lettura del processo verbale della seduta precedente.

Il Prof. **Luciani** domanda se il Dott. Corso lesse il contenuto di quei fogli che egli presentò, perchè venissero inseriti nel verbale precedente.

Il Dott. **Banti** risponde che il Dott. Corso ne lesse certo una parte, ma gli sembra che Egli non proseguisse nella lettura sino al termine.

Il Prof. **Luciani** dichiara che non essendo stato presente all'Adunanza, fa delle riserve circa all'inserzione integrale dello scritto del Dott. Corso nel processo verbale.

Il Prof. **C. Pellizzari** dice come il Dott. Corso non chiedesse l'inserzione integrale di quello scritto nel verbale, ma solo l'inserzione d'un estratto.

Il Dott. **Banti** replica che il Dott. Corso chiese e la Società approvò l'inserzione integrale dello scritto: che relativamente alla stampa del processo verbale il Dott. Corso dichiarò non importargli affatto se veniva pubblicato interamente o in estratto.

Si procede alla proclamazione del Premio Galligo. Aperta la scheda appartenente alla Memoria premiata, si leggono i nomi degli Autori i quali resultano essere i dottori A. Bianchi e C. Balocchi. Le altre schede vengono abbruciate.

Il Prof. **C. Pellizzari** domanda fin d'ora la parola per la prossima Adunanza Privata.

Il Dott. **C. Campani** comunica un caso di simulata carie del mascellare inferiore. Un giovane di 26 anni era andato soggetto a ripetute periostiti del mascellare inferiore con esito in suppurazione. Rimase un'apertura fistolosa e varî chirurghi i quali l'ebbero ad esaminare, credettero si trattasse di necrosi con sequestro osseo perchè introducendo lo specillo nel seno fistoloso si urtava in un corpo duro e mobile L'A. avendo esaminato il malato trovò come lo specillo introdotto nel seno imprimeva dei movimenti al primo bicuspide, mentre il secondo non era mai esistito; perciò procedè all'estrazione del dente. Dopo varî giorni, dall'apertura del dente estratto tolse la corona del dente grosso molare temporario a completo sviluppo con radice atrofizzata. Era stato questo dente che, privo delle connessioni vascolari, aveva agito come corpo estraneo producendo le ripetute periostiti.

Il Dott. **Bianchi** riferisce due casi di malattie gastriche curati con la lavanda, che Egli crede speciali l'uno per il rapido esito felice della cura, l'altro per le conseguenze gravi dell'abuso di questa. Ne deduce alcune conseguenze pratiche e finisce col concludere anche una volta all'utilità della lavanda nelle malattie dello stomaco. Dice poi del modo migliore di comporre l'acqua cloroformizzata e dà alcune norme intorno alla sua applicazione terapeutica ed alle cautele che occorrono nel servirsene per la lavanda gastrica.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. C. Campani. Nessuno prendendo la parola, si apre la discussione su quella del Dottore A. Bianchi.

Il Prof. **Luciani** dopo avere riferito alcune recenti esperienze praticate da Herzen in un uomo con fistola gastrica, domanda al Dott. Bianchi se quando egli pratica la lavanda il mattino a digiuno, nel liquido estratto dallo stomaco è contenuta bile.

Il Dott. **Bianchi** risponde non avercela mai trovata.

Il Prof. **Luciani** domanda se ha ricercato sali biliari e nel caso contrario invita il Dott. Bianchi a fare qualche ricerca in proposito.

Il Dott. **Bianchi** dice di non avere mai fatto simile ricerca ma si propone di eseguirla in avvenire.

La seduta è tolta a ore 2 pom.

V° il Presidente
Prof. P. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. G. Banti.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 10 FEBBRAJO 1884.

Alla Presidenza il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Tommasi, Bianchi, Zannetti, Luciani, Boncinelli, Faralli, Corso, Marcacci, Bertini, Eccher, Bottari, Adolfo Paggi, Levi, Nesti ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della seduta precedente, ha la parola il Dott. **Corso** sopra un caso d'isterismo guarito con la metalloterapia. Egli incomincia dicendo non avere niente di meglio da offrire alla Società per la sua lettura obbligatoria: biasima il regolamento che prescrive ai Soci di fare una comunicazione a epoca fissa.

Il **Presidente** invita il Dott. Corso a non deviare dall'argomento.

Il Dott. **Corso** riferisce il caso di una donna presentante gravi fenomeni che Egli diagnosticò come isterici. La somministrazione dei più comuni rimedi riuscì del tutto inefficace, mentre l'applicazione di una moneta di rame produsse una rapida e completa guarigione.

Il Dott. **Marcacci** legge una nota sull'albuminuria fisiologica. Accenna da prima al fatto narrato alla Società Medico-fisica nella seduta del 12 maggio 1878, che dice rimanere inalterato tutt'oggi; e quindi espone una sua nuova osservazione di albuminuria fisiologica che verificasi nella persona del sig. D., uomo sui 44 anni, nativo di Siena, da molto tempo dimorante in Empoli in qualità di agente di beni. Fu per caso, o almeno guidato soltanto dalla curiosità, che il sig D. scoprì la presenza dell'albumina nella sua orina, adoperando il calore e l'acido nitrico, il 15 aprile 1882. La presenza dell'albumina fu confermata nell'Istituto di Chimica di Firenze: del resto niente altro di insolito vi fu rinvenuto. In quest'individuo l'albumina è stata sempre o quasi sempre trovata mancante nelle orine della notte: è costante in quelle del giorno. Certi elementi, come la ricotta, il formaggio, l'aumentano notevolmente: le uova non hanno influenza apprezzabile. Il latte, se puro, l'aumenta; non così se è anche leggermente salato. In generale il cloruro di sodio diminuisce sempre la quantità dell'albumina. L'albumina aumenta pure in seguito a copiose libazioni e ad abbondante alimentazione. Diminuisce in condizioni opposte. Questi fatti si sono sempre confermati nelle ripetute e quasi giornaliere osservazioni, eseguite dal sig. D. nel corso di questi due anni La quantità dell'albumina nel corso delle 24 ore oscilla fra uno e tre centigr Frattanto è cosa notevole che le condizioni generali della salute si sono mantenute, come erano, eccellenti.

Questo fatto sembra al Dott. Marcacci molto eloquente per dimostrare anche una volta la esistenza dell'albuminuria fisiologica. In corredo a questo nuovo caso, ricorda le belle ricerche del Dott. Chateaubourg, le quali portano un contingente di prove che mirabilmente convalidano i pochi fatti noti e le previsioni teoriche, per le quali da qualche tempo si voleva caratterizzare l'albumina dell'orina come un fenomeno della vita normale.

Il Prof. **Luciani** ricorda come il fatto narrato dal Dott. Marcacci si potrebbe spiegare mediante la teoria del Ludwig sulla secrezione orinaria.

Il Dott. **Corso** rammenta come Schiff provocasse l'albuminuria mediante la contrazione muscolare. Dice poi come tutti i disturbi circolatori del rene siano causa di albuminuria.

La seduta è tolta a ore 2 pom.

V° Il Vice Presidente
Prof. L. Luciani.

Il Segretario
Dott. G. Banti.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 16 MARZO 1884.

Presidenza del Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Luciani, Tommasi, Bianchi, Faralli, Bargioni, Marcacci, Grilli, Boncinelli, Bajardi, Paganucci, Brigidi, Pellizzari Celso, Levi, Zannetti, Bertini, Turchini, Paggi Adolfo, ed il Segretario degli Atti.

Il Prof **Levi** ricorda come l'Italia manchi tutt'ora d'una Farmacopea generale, obbligatoria per tutto il regno, alla quale si debbano conformare tutti i Farmacisti nella preparazione dei medicamenti officinali. Dimostra come sia deplorevole tale mancanza e a quali inconvenienti dia luogo, imperocchè un medico d'una Provincia recandosi in altra si trova talora nel caso di fare una prescrizione, senza sapere precisamente come questa verrà eseguita. Perciò Egli crede utile che la Società Medico-Fisica si facesse iniziatrice presso le altre Associazioni Mediche di una petizione all'Autorità Governativa, affinchè si desse mano al più presto alla compilazione di un Codice Farmaceutico Italiano. Crede anche che nel frattempo si potrebbe adottare in via provvisoria un Codice Farmaceutico d'altra nazione e renderlo obbligatorio per tutta Italia

Il Prof. **Brigidi** ricorda come venne introdotta nella scienza la distinzione della flogosi in parenchimale ed interestiziale e come, dopo le belle scoperte del Cohnheim per le quali fu ridonato all'elemento sanguigno il primitivo valore nel detto processo morboso, i Patologi riponessero la flogosi parenchimale fra i processi degenerativi. Però rispetto alle alterazioni dei reni nella malattia di Bright si mantenne quella distinzione, sembrando che i fatti clinici corrispondessero pienamente a quelli anatomici. Successivamente dal Klebs e dal Kelsch furono riferiti dei casi di Nefrite Parenchimatosa, nei quali i glomeruli ed il connettivo interposto ai tubuli contorti si mostrava infiltrato da cellule indifferenti, come nelle flogosi interstiziali, e gli stessi fatti vennero poi osservati da Cornil e Ranvier e dal Langhans. Sebbene questi fatti non corrispondessero alla nota distinzione, nessuno osò romperla con le nuove vedute e si continuò ad assegnare a ciascuna delle ricordate specie un quadro clinico speciale. E sebbene gli Anatomo-patologi moderni considerassero la flogosi parenchimale da un punto di vista chè armonizzava con la dottrina di Cohnheim, tuttavia altri Patologi, fra i quali Weigert e Litten, sostennero che nella forma parenchimale della nefrite gli asciblasti erano primitivamente attaccati. Solo il Dunin in quest'ultimi tempi si è dichiarato contrario a tal modo di vedere ed in appoggio della sua opinione ha riferito 200 casi di nefrite parenchimatosa nei quali la lesione dei parablasti era

palese e poteva ritenersi primitiva. Queste osservazioni del Dunin sembrano al Prof. Brigidi essere confermate da altre riferite da Cornil e **Brault** in un lavoro sulla glomerulite e da altre ancora di Babès.

Esposta sommariamente la storia della malattia di Bright in rapporto alle alterazioni renali, il Prof. Brigidi dice di avere avuto occasione di studiare anatomicamente quattro casi di nefrite parenchimale, uno proveniente dalla clinica medica e gli altri tre dal turno del Dott. Celoni. In tre di questi casi le alterazioni interstiziali erano tanto bene sviluppate quanto le parenchimali e nel quarto vi era solo prevalenza delle parenchimali, ma ancora in questo le alterazioni dei glomeruli in alcuni luoghi erano gravissime, tanto da far ritenere che fossero primitive. Sebbene tutte le ricordate osservazioni cumulativamente prese raggiungano una bella cifra, nondimeno se vogliamo prendere ammaestramento dalla storia si deve essere molto prudenti a concludere e il meglio sarebbe di aspettare ancora dal tempo la prova delle nostre indagini, sebbene tutto ci porti a far ritenere giusta l'opinione del Dunin. Infatti la degenerazione grassa degli epiteli, come può dimostrarsi sperimentalmente, non è la sola condizione dalla quale dipenda la malattia di Bright: invece gli esperimenti del Semmola indurrebbero a ritenere che la stessa malattia di Bright si trova realmente in rapporto con la nefrite interstiziale.

Aperta la discussione sulla proposta del Prof. Levi il Prof. **P. Pellizzari** ricorda come fino dal 1861 venisse dal Governo nominato una Commissione, della quale Egli faceva parte, per redigere il Codice Sanitario Italiano. In questo Codice era compresa anche una Farmacopea Italiana. La Commissione compiè il lavoro, che fu presentato e discusso in Senato, ma non fu mai presentato alla Camera dei Deputati. Egli si associa pienamente alla proposta del Prof. Levi.

Il Prof. **Levi** dichiara d'avere ignorato tali particolari, i quali per altro lo fanno maggiormente insistere nella sua proposta.

La proposta del Prof. Levi è approvata all'unanimità.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Prof. Brigidi, il Prof. **Levi** dice che non essendo stato presente al principiare dell'Adunanza, domanda ora al Prof. Brigidi uno schiarimento, se cioè per i suoi studî sia indotto ad ammettere la grande frequenza delle forme miste, parenchimatosa ed interstiziale, della malattia di Bright.

Il Prof. **Brigidi** risponde che in tutti i suoi casi ha sempre trovato i fenomeni veri della flogosi, rappresentati dalla diapedesi.

Il Prof. **Levi** dice che in tal caso cadrebbe la dualità ammessa da alcuni Patologi e si ritornerebbe all'unicità.

Il Prof. **Luciani** dice che poichè il Prof. Brigidi è indotto dai suoi studî a ritenere come primitiva e costante l'alterazione vasale flogistica, mentre può mancare od esser minima l'alterazione dell'epitelio, per questo fatto gli sembra potersi in qualche modo ravvicinare l'albuminuria della malattia di Bright al caso di albuminuria fisiologica narrata nella seduta precedente dal dottor Marcacci. In questo pure non si può ammettere una lesione dell'epitelio renale, ma piuttosto una lesione vasale.

Il Prof. **Brigidi** dice non potere accettare l'avvicinamento proposto dal Prof. Luciani. Bisogna distinguere l'albuminuria dalla Malattia di Bright ed il problema da risolversi sta in ciò: se vi siano forme puramente degenerative di malattia di Bright o se tutte siano forme flogistiche. Del resto Egli non crede che l'albuminuria nella malattia di Bright dipenda unicamente dalle lesioni renali.

Il Prof. **Luciani** dichiara di non aver per nulla inteso d'identificare l'albuminuria con la malattia di Bright, ma d'avere solo voluto ravvicinare due fenomeni, i quali potrebbero essere suscettibili d'una identica spiegazione, in quanto che non si possa, nè si debba frapporre una barriera fra la fisiologia e la patologia.

Il Dott. **Banti** dice che le lesioni dell'epitelio non possono da sole spiegare a sufficienza l'albuminuria. Cita i casi di avvelenamento per fosforo, nei quali con estesissime lesioni degenerative dell'epitelio renale l'albuminuria manca o è assai scarsa. Crede che nella malattia di Bright meriti una profonda attenzione la teoria del Semmola, che cioè esista una modificazione molecolare dell'albumina come fatto primitivo.

Il Prof. **Levi** dice che bisogna tener conto anche delle alterazioni vasomotorie per spiegare l'albuminuria. Cita casi di nefriti scarlattinose guarite, nelle quali l'insorger di una febbre riproduceva nuovamente un'albuminuria temporanea. Ora questi fatti non gli sembrano spiegabiii con la teoria del Semmola.

Il Dott. **Banti** dice che in questi casi si potrebbe anche invocare l'azione dell'alta temperatura sui ricambi materiali, in quanto venissero prodotte sostanze albuminose permeabili a traverso il filtro renale. Del resto Egli crede che le cause dell'albuminuria siano molteplici: in alcuni casi ammette volentieri una lesione vasomotoria; in altri si possono invocare certe alterazioni renali: infine in certi casi, per esempio, nella così detta Nefrite Parenchimatosa, gli sembra che la teoria del Semmola, per quanto non certa, riesca a spiegare molti fatti oscuri.

Il Dott. **Marcacci** ricorda i casi da lui riferiti di albuminuria fisiologica. Siccome in questi casi l'albumina non era chimicamente diversa dall'albumina emessa dai malati di Nefrite, ciò gli sembra affatto contrario alla teoria del Semmola.

Il Dott. **Banti** risponde che le cognizioni chimiche sull'albumine sono molto difettose. Così fra l'albumina del sangue di un brightico e di un individuo sano sembrerebbe chimicamente non esistere differenze: eppure alcune esperienze del Semmola le dimostrerebbero assai diverse fra loro. Del resto ripete che riconosce la molteplicità di patogenesi dell'albuminurie e non intende applicare la teoria del Semmola alla così detta albuminuria fisiologica.

Il Presidente Prof. **P. Pellizzari** ricorda la perdita accaduta così di recente dell'illustre Quintino Sella. Dice non volere considerare in lui l'uomo politico, ma solo lo scienziato e perciò invita la Società a inviare un telegramma di condoglianza alla Famiglia dell'Estinto.

Tale proposta è approvata per acclamazione. Dietro domanda del professor Luciani, la Società dà incarico al Presidente di formulare e di spedire il telegramma.

Il Prof. **Levi** presenta a nome degli Autori i seguenti libri alla Società:

SORMANI GIUSEPPE — *Geografia nosologica dell'Italia*. 1881. — *La mortalità dei neonati nelle varie provincié d'Italia*, 1883. — *La prophylaxie des maladies veneriennes et plus particulièrment de la Syphilis*, 1882. — *Proposte d'Igiene militare per diminuire la mortalità nell'esercito Italiano*, 1883.

SCHREIBER — *Praktische Anleitung zur Behandlnng durch Massage und methodische Muskelübung*, 1883.

V° *Il Presidente*
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 11 MAGGIO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i soci Bianchi, Boncinelli, Paoli, Corso, Urbino, Fano, Luciani, Bajardi, Faralli, Bertini, Pagauucci, Bottari, Tommasi, Paggi Adolfo, Marcacci, Celso Pellizzari, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo Verbale della Adunanza precedente, il Dott. **Bianchi** prende la parola parlando della ricerca dell'indaco nell'orine. Osserva prima di tutto come questo tema sia stato fin qui poco trattato e come in Italia non lo sia stato affatto, e che ciò forse dipendeva dal mancare agli sperimentatori un modo esatto di ricerca e di valutazione di tale sostanza nelle orine. Perciò egli crede di aver ottenuto utili e pratici resultati dal modo di ricerca, che espone alla Società. Parla degli antichi metodi, tutti più o meno imperfetti, della composizione, origine probabile e fisiologica dei materiali indicogeni delle orine. La reazione proposta dal Dott. Bianchi è fondata sulla azione che ha l'acido cloridrico sopra la sostanza indicogena di trasformarla in indaco bianco e quindi in indaco azzurro, e sulla proprietà che ha il cloroformio di sciogliere perfettamente questa stessa sostanza. Egli riesce ad ottenere allo stato di trasparenza perfetta questo cloroformio così colorato, in modo che può essere paragonato con una serie di vetri trasparenti colorati dal cobalto. L'indicometro presentato dal Dott. Bianchi ha appunto questo scopo. Tale strumento è una cellula divisa in due altre cellule da un segmento, nell'una delle quali si versa il cloroformio più o meno colorato dall'indaco, nell'altra si passano i vetrini colorati dal cobalto, e dei quali si ha una serie di 10, che dal pallidissimo vanno al colore più cupo, conservando fra l'uno e l'altro eguale differenza di tono. Il Dott. Bianchi ha calcolato le diverse quantità di indaco delle orine, corrispondenti alle diverse colorazioni e ne ha fatto una tavola a parte, della quale ci possiamo servire per dedurre approssimativamente il grado di ricchezza in indaco di una data orina, sia in modo assoluto, che in modo relativo. I resultati pratici ottenuti dal Dott. Bianchi con tale strumento e che sono il resultato di 3 anni di osservazioni, possono riassumersi così: È scarso e talora sparito nelle orine degli anemici, dei tubercolosi, dei cachettici, dei malati di cancro gastrico; abbondante invece in quelle dei malati di cancro epatico, addominale, nel tifo (1° e 2° settenario), nella coprostasi, nelle enteriti, nelle peritoniti; l'acido fenico e la cairina lo riducono assai. Nel diabete in modo relativo è scarso, in modo assoluto abbondante. Nella salute si trova sempre in quantità me-

diocre. È influenzato in certi limiti dagli alimenti, dall'età, dal sesso, dallo stato di nutrizione generale. Infine il Dott. Bianchi dice che se l'ulteriore osservazione l'aiuterà, si potrà forse con l'esame di questa sostanza facilitare la diagnosi di sede delle occlusioni intestinali. Infatti l'Ewald trovò che se negli animali impediva il decorso delle fecce al di là del tenue, l'indaco nelle orine mancava. Ora il Dott. Bianchi in due casi di occlusione, nell'uno dei quali l'ostacolo era appunto nel tenue e nell'altro no, ha trovato scarseggiare nel primo l'indaco dell'orine, abbondare nell'altro. Conclude confidando nell'utilità pratica che queste ricerche debbono arrecare. Infine il Dott. Bianchi rende grazie al Prof. Roster, nel laboratorio del quale ha eseguito la maggior parte delle reazioni, mentre le osservazioni cliniche sono state per lo più compiute sulle orine dei malati delle Cliniche Medica e Pediatrica.

Il Prof. **Luciani** presenta la Relazione dell'autopsia della cagna scerebellata, già da Lui mostrata alla Società Medico-Fisica nell'anno decorso. L'autopsia è stata praticata a Pavia il 6 aprile 1884 da una Commissione composta dei Prof. Verga, Oehl, Golgi, De Giovanni, Zoia, Maggi, Pellacani, e dei Dott. Ciniselli, Marchi, Vincenzi, Saccozzi, Tanzi. Da tal Relazione si desumono i seguenti fatti.

Ucciso l'animale con la cloroformizzazione, si procede all'autopsia. Animale ben nutrito, pesa kilog. 4,900: muscoli degli arti un poco pallidi. Al di sopra del foro occipitale si trova un denso tessuto cicatriziale, ed a sinistra un piccolo seno fistoloso che non penetra in cavità. Esportata la calotta, al di sotto di essa nella regione occipitale si vede una massa di color gialliccio, la quale occupava la cavità lasciata dalle parte esportata. Si recide in giro la dura madre. Si liberano gli emisferi cerebrali, s'isola il midollo allungato e sollevandolo dalla sua sede e staccandolo dalle sue naturali aderenze all'innanzi, s'isola e si esporta tutta intiera la massa encefalica. Si vede così che il cervelletto mancava affatto dove esisteva la ricordata sostanza gialliccia. Allontanata questa senza ledere menomamente le parti adiacenti, si mette allo scoperto completamente il 4° ventricolo. A sinistra del medesimo si nota un piccolissimo tratto o straticello di tessuto di color giallognolo, che si può sospettare essere tessuto cerebellare, ma che non ne ha ad evidenza i caratteri. Coll'esame microscopico di questo straticello non si trovò alcuna traccia di sostanza nervosa, ma quasi esclusivamente elementi connettivali. A destra del pavimento del 4° ventricolo esiste un piccolo frammento di sostanza cerebellare, di forma rettangolare, della lunghezza di circa un centimetro, della larghezza di 5 millim. e qualche millimetro di spessore nella estremità periferica. All'angolo inferiore ed interno di questo rettangolo si vede una piccola sporgenza biancogiallastra, di consistenza maggiore delle parti adiacenti e che si constata essere la superficie di sezione del peduncolo cerebellare medio. Se ne arguisce che il residuo cerebellare appartiene alla parte anteriore interna mediana del lobo destro. Coll'esame microscopico di questo frammento, si osservano ben conservati gli elementi nervosi aventi disposizione e rapporti identici a quelli delle circonvoluzioni cerebellari normali. Il cervello e il midollo spinale vengono conservati per un ulteriore esame.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. **Bianchi** e nessuno prendendo la parola, il Presidente domanda se alcuno abbia niente da osservare sulla Relazione presentata dal Prof. **Luciani**.

Il Dott. **Corso** lamenta come l'autopsia non sia corredata dall'esame microscopico. Chiede poi che questa Relazione venga depositata alla Segreteria della Società, affinchè Egli possa prenderne copia.

Il Prof. **Luciani** risponde che, come è notato nella Relazione, l'esame microscopico verrà praticato in seguito. Del resto Egli non ha niente ad opporre che il Dott. Corso prenda copia della Relazione e perciò Egli la deposita presso il Segretario della Società.

La seduta è sciolta a ore 2 pom.

V° *Il Presidente*
Prof. P. Pellizzari.

Il Segretario
Dott. G. Banti.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 18 GIUGNO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Faralli, Campani, Zannetti, Simi, Paganucci, Bargellini, Bargioni, Luciani, Boncinelli, Marcacci, Urbino, Fano, Paoli, Bianchi, Celso Pellizzari, Turchini, Chiara, Grilli, Bertini, Bajardi, Prof. Morselli (Socio corrispondente nazionale), Sonsino (Socio corrispondente estero) ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Prof. **D. Chiara.**

Egli presenta alla Società alcune donne da lui operate e delle quali qui si riferiscono in riassunto le storie.

1° Malata di anni 38, con fibroma uterino interstiziale. Presentava fenomeni di compressione vescicale, dolori acerbissimi ed accessi d'istero-follia (idee di suicidio) nel periodo mestruale. Flusso mestruo abbondante. Castrazione il 28 aprile. Decorso apirettico della malattia chirurgica. È mancata la mestruazione di maggio e di giugno e si ha avuto miglioramento notevole negli altri fenomeni.

2° Donna di 45 anni con fibroma uterino e ipertrofia dell'organo. Flusso mestruale abbondante: da circa un anno dolori peritonitici atroci a ogni mestruazione: aumento rapido del tumore. Castrazione il 5 maggio: la operazione fu lunga e laboriosa per aderenze a destra: legatura dei ligamenti. Decorso apirettico. Guarigione della malattia chirurgica al dodicesimo giorno. Sono mancate le mestruazioni di maggio e di giugno.

3° Donna di 46 anni, con piccolo fibroma sottomucoso del corpo uterino. Menorragie profuse e dolori: idroemia spinta. Castrazione il dì 8 maggio. Decorso regolare: si tolgono i fili la mattina del 13 maggio.

In tutte queste tre donne si è trovata la idropisia di una tromba; della destra nelle prime due, della sinistra nell'ultima. In una fu difficile la distinzione da un'ansa intestinale.

4° Donna di 66 anni con cistosarcoma. Contenuto liquido di 20 litri. Laparotomia il 2 maagio. Si trova il tumore senza peduncolo, vivente a spese dell'aderenze peritoneali. V'ha pure un'aderenza, ma lassa, con il colon ascendente. Decorso apirettico: guarigione al 12° giorno.

5° Donna di 29 anni, con ciste probabilmente del paraovario, uniloculare, a contenuto fluidissimo. Puntura evacuatrice il 12 maggio. Liquido limpido, privo di albumina. Nessun effetto cattivo dalla puntura. Dopo un mese non si apprezza nuova formazione di liquido.

Il Prof. Chiara nell'illustrare questi casi insiste nel concetto che lo guidava nell'eseguire la castrazione. Egli spera che tolte le ovaie vengano a cessare le mestruazioni e le profuse emorragie che mettevano in pericolo la vita delle malate. Sinora infatti in tutte le operate di castrazione non sono più comparsi i flussi mestrui.

Le operate presentate dal Prof. Chiara vengono esaminate dai Soci.

Il Dott. **Fano** fa una comunicazione sui movimenti automatici del cuore dell'embrione di pollo.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Chiara.

Il Dott. **Grilli** ricordando come l'ovariotomia sia stata proposta quale mezzo curativo radicale di quegli intensi disturbi nervosi che si verificano nell'isteria, domanda al Prof. Chiara quali cambiamenti egli abbia osservato nelle sue operate riguardo al morale, alle varie sensibilità ecc.

Il Prof. **Chiara** risponde come egli non creda che la vera isteria grave od istero-epilessia possa essere provocata e mantenuta da alterazioni anatomiche aventi sede nell'ovaie. Egli ritiene solo che la isteria possa essere aggravata dalle lesioni ovariche, le quali possono contribuire a rendere più intensi e frequenti gli attacchi istero-epilettici. Perciò non crede la castrazione una cura radicale di questo morbo. Egli non mancherà per altro di continuare lo studio sulle sue operate, ed allorchè una osservazione abbastanza prolungata glielo permetta, risponderà alla domanda del Dott. Grilli con più esattezza di quello che non potrebbe fare oggi.

Il Prof. **P. Pellizzari** dichiara di dividere l'opinione del Prof. Chiara. Ricorda due malate che il Prof. Sims giudicò isteriche ed alle quali praticò la castrazione: le due malate guarirono. Egli per altro che aveva innanzi visitate le due inferme aveva ritenuto che i disturbi nervosi dei quali soffrivano non costituissero la vera isteria e crede che sarebbero guarite anche senza l'operazione. La compressione dell'ovaie non gli ha mai permesso di troncare l'accesso istero-epilettico. Però ammette una certa influenza tra l'ovaio e lo sviluppo di alcuni fenomeni isterici. Applaude all'intento che guidò il Prof. Chiara nell'eseguire la castrazione, cioè per ottenere la cessazione dei flussi mestruali, intento che rende inutile l'estirpazione dell'utero in casi di fibromi.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Fano.

Il Prof. **Luciani** fa notare come gli esperimenti del Dott. Fano siano una prova certa dall'automatismo del cuore embrionale. Alcuni anni indietro Egli aveva già dimostrato l'automatismo del cuore negli animali adulti. Dice maravigliarsi come taluni persistano a negare l'automatismo in genere e a non ammettere che l'eccitabilità, mentre è forza riconoscere l'esistenza reale tanto dell'uno che dell'altra, quando si voglia dare una spiegazione più completa dei fatti. Suppone che la riluttanza ad ammettere l'automatismo dipenda forse dall'opinione che alcuni hanno, che cioè in tal modo si faccia ritorno alle dottrine vitalistiche.

Il Prof. **Chiara** dice volere fare una obiezione al Dott. Fano per ottenere uno schiarimento. Se nel 1° o 2° giorno il cuore dell'embrione rimane

indifferente agli stimoli, ciò dipende perchè essendo formato da una sostanza protoplasmatica, non possiede gli elementi capaci di rispondere all'eccitazione. In tal periodo quindi si mostra automatico. Allorchè più tardi gli elementi eccitabili si sono prodotti, allora soltanto gli stimoli sono capaci di destare la contrazione.

Il Dott. **Fano** replica che all'obiezione mossa dal Prof. Chiara si può rispondere in maniera assai acconcia con un paragone tratto dal regno vegetale. Le foglie di alcune piante eseguiscano alcuni movimenti detti di *circommutazione*, dipendenti dal contrarsi e successivo rilasciarsi delle cellule vegetali. Tali movimenti succedono all'infuori di qualunque stimolo esterno, sono veri movimenti automatici. Se ora quelle foglie siano esposte a certi stimoli, p. es. ai raggi del sole, questi sono capaci di produrre altri movimenti delle foglie, che modificano i primi. Lo stesso può dirsi riguardo al cuore nel quale l'eccitabilità agisce sopra un organo già capace di movimenti automatici.

Al Prof. **Morselli** che domanda qual sia, nella supposizione dell'automatissimo, la forza che determina la funzione delle cellule, il Dott. Fano risponde che molto probabilmente sono gl'intimi cambiamenti molecolari che la nutrizione produce negli elementi cellulari, i quali agiscono da stimolo e determinano l'alternativa di funzione e di riposo negli elementi stessi.

V° *il Presidente*
Prof. P. Pellizzari.

Il segretario
Dott. G. Banti.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 22 GIUGNO 1884.

Alla Presidenza, il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Marcacci, Bertini, Boncinelli, Paggi Adolfo, Bajardi, Chiara, Grazzi, Colzi, Bianchi, Luciani, Ciuti, Bottari ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della seduta precedente, il Segretario legge una lettera del Socio Prof. A. Michelacci, il quale a nome dell'autore presenta alla Società il *Manuale delle applicazioni fisiche alla Medicina* del Dott. G. Sacchetti.

Inoltre il Prof. Michelacci aggiunge come l'Autore nel fare questo omaggio avrebbe lo scopo di ottenere qualche pecuniaria sovvenzione che gli rendesse meno grave la spesa, ovvero un qualsiasi attestato onorevole che varrebbe ad accreditarne il libro e facilitarne lo smercio.

Il Presidente Prof. **Pietro Pellizzari** fa notare come nel Regolamento non esistano articoli che autorizzino la Società ad accordare compensi pecuniari ad autori di libri, come inoltre la Società non possegga fondi sufficienti per farlo. Aggiunge che in altre simili circostanze la Società non ha mai voluto pronunziare giudizi sopra il merito intrinseco di libri. Propone l'Ordine del giorno puro e semplice.

Dopo una breve discussione a cui prendono parte il Prof. **Chiara**, i dottori **Boncinelli, Paggi, Bianchi** e **Banti** viene approvata la proposta del Presidente.

Ha la parola il Dott. **Grazzi**, il quale riferisce la storia d'un corpo estraneo caduto nella laringe. Un giovane di 25 anni, il 12 febbrajo 1884, scherzava gettando per aria una moneta da due centesimi per riprenderla in bocca. Il corpo estraneo disparve nella gola, cagionando un accesso violentissimo di soffocazione. Dopo uno sforzo straordinario di tosse si ristabilì parzialmente la respirazione, ma d'allora in poi esistè sempre completa afonia. Alcuni medici credettero che il corpo estraneo fosse caduto nell'esofago ed amministrarono emetici senza ottenerne cambiamenti nelle condizioni della voce. Dopo sette o otto giorni quel giovane vedendo di non migliorare si recò prima a Perugia, poi per due volte a Roma, ove venne esaminato col laringoscopio. I medici che lo visitarono esclusero che la moneta fosse caduta nelle vie aeree, ammisero una laringite diffusa e prescrissero delle polverizzazioni. Tale cura non avendo portato nessun profitto, l'infermo consultò il Dott. Francesco Egidi che mediante il laringoscopio riconobbe la presenza della moneta nella laringe e ne tentò inutilmente l'estrazione per le vie naturali. Riusciti vani questi tentativi, il Dott. Egidi propose di aprire una via artificiale per togliere

il corpo estraneo. L'infermo però non volle accettare tale proposta e venne in Firenze, ove il 17 marzo fu esaminato dal Prof. Corradi, dai dottori Grazzi e Del Greco. L'esame laringoscopico fece vedere chiaramente la moneta in posizione orizzontale, penetrata nei ventricoli del Morgagni, avente al di sopra le false corde vocali, al di sotto le corde vocali inferiori. Esisteva uno spazio fra la moneta e la parete posteriore della laringe che permetteva il libero passaggio dell'aria. Le corde vocali, la mucosa laringea erano rosse e tumefatte. L'infermo non aveva tosse, non dolore alla gola, inghiottiva benissimo, respirava in modo normale: solo la fonazione era affatto estinta. — Il Dott. Grazzi risolvè di tentare l'estrazione per le vie naturali: perciò, dietro consiglio del Prof. Corradi, venne costruita una pinzetta simile a quella dello Schrötter e Stoerk, ma assai più robusta. Mediante tale strumento, dopo sei o sette giorni di pazienti prove, riuscì finalmente al Dott. Grazzi di afferrare la moneta e con abile manovra ad estrarla felicemente. L'estrazione non produsse nessuna lacerazione. Vennero prescritte polverizzazioni di acido borico, il riposo ed il silenzio per combattere la laringite cagionata dalla lunga presenza del corpo estraneo. Dopo 3-4 giorni la voce cominciò a farsi imperfettamente sentire ed oggi è appena un poco rauca. Del resto non si è avuto a notare nessun fenomeno morboso.

Ha la parola il Prof. **Chiara**, il quale riferisce la storia di una gravidanza extra-uterina.

Esposta brevemente l'anamnesi fino al momento della prima visita, che fu la sera del 13 dicembre 1883, descrive il reperto dell'esame manuale combinato che gli fece accogliere il sospetto trattarsi di gravidanza fuori uterina; ma se questa fosse finita con la rottura della cisti, donde i fenomeni di peritonite che avean preceduto la visita di tre settimane, o se fosse tuttora persistente e in via di sviluppo, non potevasi subito decidere, per cui trovando necessario altro e più minuto esame, consigliò la paziente a farsi accogliere in clinica dove giungeva la sera del 14. Due giorni dopo si ripetè l'esame ginecologico aggiungendovi l'uso della sonda uterina che rivelò l'utero vuoto, ma ipertrofico, misurando il diametro longit. centm. 11. Intanto persistendo tutti i fenomeni della gravidanza e continuando a crescere il tumore, fu diagnosticata gravidanza extra-uterina tuttora in atto e probabilmente tubarica: peraltro nell'intento di assodare meglio la diagnosi e incominciare la cura, il 22 dicembre venne praticata una puntura esploratrice e aspiratrice che diede un mezzo bicchiere di liquido di colore rosa pallido, poverissimo di albumina e che non dava coagulo col riposo: alla puntura si fece seguire l'applicazione della corrente elettrica continua con lunghe interruzioni.

La corrente riuscì assai dolorosa, e ad ogni applicazione teneva dietro una specie di travaglio, caratterizzato da dolori intermittenti, contrazioni dell'utero e una volta espulsione di una membranella che il microscopio dimostrò mucosa uterina: insieme a' dolori si notarono per qualche giorno imponenti fenomeni riflessi, specialmente gastrici, cardiaci e cerebrali, che una notte cessarono completamente e bruscamente. — Da questo momento il tumore prese a diminuire con notevole rapidità, mentre l'utero alla sua volta s'im-

piccoliva, e il 20 febbraio questo segnava alla sonda 7 centm., e il tumore si trovava ridotto a un nocciolo non più grande di un'avellana. Il 22 febbraio la donna lasciava la clinica in ottime condizioni, e pochi giorni dopo si riaffacciava la mestruazione. Durante la involuzione del tumore fu notata la montata lattea come in un puerperio regolare dal 3° al 4° giorno, evento che confermava indiscutibilmente la diagnosi di gravidanza fuori uterina.

Compiuta la esposizione del caso clinico, il Prof. Chiara fa qualche considerazione sul valore curativo della puntura e della elettricità ed espone le ragioni che lo indussero ad associare i due compensi terapeutici, tra le quali la possibilità che la gravidanza potesse continuare dopo la sola puntura. Fa poi invito ai colleghi di visitare la donna: all'invito rispondono il Prof. Pellizzari Pietro e il Dott. Boncinelli che constatano la normalità del fornice vaginale e dell'utero.

Il Prof. **Luciani** ama di fare alla Società un breve resoconto dei lavori compiutisi quest'anno nel Laboratorio di Fisiologia da lui diretto, sia dei lavori proprî che di quelli dei suoi coadiutori ed alunni al corso di perfezionamento. Spera che ciò troverà degl'imitatori nei Colleghi, essendo un modo assai semplice per far conoscere al pubblico la produttività scientifica del nostro Istituto, per incoraggiare i bravi giovani che attendono a perfezionarsi nei diversi rami della nostra scienza, infine per dischiudere alla Società Medico Fisica una nuova serie di atti che possono riescire ad incremento e decoro della medesima.

Omette di parlare degli importanti lavori compiuti dal suo egregio aiuto il Dott. Fano, perchè furono già da lui — come Socio — comunicati nella precedente seduta. Comunicherà brevemente i resultati dei lavori dei suoi allievi.

Il Dott. Dario Baldi in continuazione di una memoria « *Sul decorso della secrezione biliare* » i di cui risultati furono nello scorso anno comunicati alla Società, si è quest'anno occupato « *Della formazione dei componenti biliari e della funzione emuntoria del fegato.* »

Il Dott. Baldi ha cominciato col ripetere le esperienze da lui fatte su l'azione dei colagoghi sulla secrezione biliare. Ad un cane con fistola biliare ha somministrato i sali di Carlsbad, il calomelanos ed il salicilato di soda senza notare alcuna modificazione sulla quantità della bile secreta.

Per conoscere *de visu* i fatti che Bernard, Mosler, Lussana ed altri fisiologi hanno osservato, cioè che dopo l'introduzione nell'organismo di alcune sostanze, assimilabili o no, queste sono in parte eliminate con la bile; ha ripetuto alcune delle loro esperienze, ed ha fatto ingerire per bocca, iniettato sotto la cute sostanze non ancora sperimentate. Così ha fatto ingerire dello alcool, iniettato sotto la cute dell'acido salicilico ad un cane e ritrovato tanto l'alcool, quanto l'acido salicilico sia nelle orine che nella bile, egualmente come si rinvengono tanto nella bile, quanto nelle orine il glucosio, l'albumina di uovo, i sali di rame ecc. iniettati per le vene, o sotto la cute o fatti prendere per bocca.

Alla somministrazione di alcool nel primo tempo tenne dietro un aumento di secrezione, mentre poi in un secondo tempo cessò quasi di colare la bile dalla fistola.

In seguito, profittando di una osservazione del Dott. Fano, ha iniettato del peptone nelle vene per avere un abbassamento della pressione del sangue ed ha ottenuto un arresto di circa un'ora e più, e una diminuzione notevolissima del secreto biliare.

Ha praticato anche delle iniezioni intravenose di sangue defibrinato omogeneo, di sangue defibrinato eterogeneo e di siero di sangue eterogeneo.

Per l'iniezione di sangue omogeneo non ha avuto ad osservare altro che un leggero aumento di temperatura; niente di notabile poi nè nelle orine, nè nella bile. Dopo l'iniezione invece di sangue eterogeneo ha osservato: abbattimento dell'animale; forte aumento di temperatura; passaggio di globuli rossi intatti nella bile; aumento notevole di sostanze solide della bile e specialmente di quelle solubili in alcool; forte ematuria.

L'animale si è poi ristabilito completamente ed in brevissimo tempo.

Dietro iniezione di siero di sangue eterogeneo ha avuto: abbattimento fortissimo dell'animale; aumento notevole di temperatura; vomito; diarrea e stimoli incessanti a defecare. Nella bile ha trovato un aumento procentuale delle sostanze solide, quantunque la bile fosse di un bel colore giallo-oliva e poverissima di mucco; *abbondanza di pigmenti e presenza di acidi biliari nelle orine.* Gli acidi biliari si trovarono nelle orine anche nei due giorni successivi all'iniezione; i pigmenti poi si trovarono anche dopo tre giorni.

Tanto i pigmenti quanto gli acidi biliari scomparvero a poco a poco.

Ha ripetuto anche gli avvelenamenti lenti con fosforo in animali senza fistola ed anche in un cane con fistola biliare.

Negli animali senza fistola biliare ha ottenuto, come si sapeva, degenerazione giallo-acuta del fegato ed alla necroscopia ha riscontrato la cistifellea ripiena di bile, e la superficie intestinale tutta ricoperta di molta bile. Nel cane con fistola biliare ha osservato che la bile ha continuato a colare dalla fistola quasi fino alla morte. Nelle ultime 36 ore però non era molto abbondante, ma in compenso era di una densità superiore alla normale.

Ha cessato di còlare bile, già resa di una consistenza addirittura siropposa, solamente 24 ore avanti la morte. Durante questo tempo, esaminando le orine raccolte dall'animale, vi ha rinvenuto *pigmenti ed acidi biliari.* Nelle orine estratte dalla vescica dopo la morte, trovò pure *pochi acidi e pigmenti biliari in abbondanza.*

Più volte poi il Dott. Baldi si accorse che quando l'animale perde rapidamente di peso, allora è che secerne più bile. Questo fatto si può osservare benissimo, durante i primi 4 o 6 giorni dopo l'operazione della fistola, durante i quali i due cani persero circa due kilogrammi del proprio peso e versavano moltissima bile.

Il medesimo fatto l'ha anche constatato chiaramente in uno dei cani operati di fistola che servirono per le recenti ricerche, il quale dopo subito una trasfusione di sangue eterogeneo deperì rapidamente in pochi giorni, per poi rifarsi con altrettanta rapidità nei giorni successivi. Durante il deperimento si ebbe gran copia di bile dalla fistola, mentre durante il restauro la quantità della secrezione tornò a diminuire.

Da questo complesso di fatti si posson trarre validi argomenti in appoggio e a conferma della stretta analogia che passa tra la secrezione biliare e la secrezione urinaria, e che fu messa in vista nella precedente memoria dal Dott. Baldi. Infatti le irregolarità del decorso della secrezione biliare; la dipendenza diretta di questa dalla pressione sanguigna; il passaggio in essa delle sostanze inassimilabili o assimilabili non in troppa copia introdotte nell'organismo, sono caratteri comuni anche alla secrezione orinaria.

Se poi si considera che si può avere un aumento di materiali solidi della bile; acidi e pigmenti biliari nelle orine dietro iniezione di sangue o di siero di sangue eterogeneo, il quale come è noto si distrugge nell'organismo in cui si inietta, e distrugge alla sua volta in parte il sangue dell'animale cui s'inietta; se considerasi che la secrezione biliare può continuare non solo nella inanizione, ma anche quando le cellule epatiche sono completamente degenerate; e infine che la bile aumenta quando l'animale perde rapidamente di peso; si hanno forti argomenti per considerare come dimostrato il concetto espresso nella prima memoria, cioè che i singoli componenti della bile, compresi gli acidi biliari (che sono gli elementi specifici della medesima) non sono prodotti esclusivi del fegato, ma piuttosto del complesso dei tessuti dell'organismo, destinati ad essere eliminati poi dal fegato, come l'urea, che pure si forma in tutto l'organismo, si elimina dal rene e l'anidride carbonica dai polmoni.

Da queste conclusioni però non discende che gli elementi componenti la bile siano tutti escrementizi e non utilizzabili dall'organismo. Se si pensa che l'urea, materiale affatto escrementizio, e perciò si versa fuori dell'organismo anche quando si faccia ingerire ad un animale una notevole quantità di bile (Gaglio); e se si considera poi che nelle fecce non si trovano quasi mai acidi biliari, mai glicocolla e taurina e che si trova invece acido colalico e dislisina, e che infine la glicocolla stessa ingerita provoca un aumento di urea (Schulzen e Nancki); tutto ciò induce a ritenere che gli acidi biliari non siano sostanze escrementizie, ma che giunti nell'intestino si scindano, e che la taurina e la glicocolla possono esser riassorbite ed utilizzate dall'organismo come combustibili e ridotte ad urea che poi si elimina per i reni.

Sicchè il fegato avrebbe specialmente il compito di eliminare i prodotti primi intermedi del consumo delle sostanze albuminoidi dell'organismo; mentre al rene spetterebbe più specialmente l'ufficio di eliminare i prodotti ultimi dell'ossidazione delle sostanze suddette.

Il Dott. Gaetano Gaglio ha fatto una serie di ricerche « *sull'autodigestione;* » egli ha osservato, che uccidendo un cane in corso di digestione, e tenendolo per alcune ore in una stufa a 40°, non solamente lo stomaco viene distrutto dall'azione digerente del suo contenuto, ma anche le pareti interne dell'intestino tenue appaiono qua e là estesamente sforacchiate, e il pancreas stesso è attaccato dall'azione dissolvente del proprio succo.

L'autodigestione non deve dunque essere considerata dal punto di vista esclusivo dello stomaco; l'immunità, poi, che durante la vita presenta lo stomaco di fronte al proprio succo, non è tutto affatto particolare a quest'organo.

Se l'arto posteriore di una rana o l'orecchio di un coniglio vivo, messi al contatto del succo gastrico, sono digeriti, gli è perchè questi organi sono lontanissimi dalle condizioni anatomiche e fisiologiche dello stomaco; ma ove si inietti del succo gastrico entro la vescica orinaria di un coniglio, al quale sieno stati esportati i reni per impedire la secrezione dell'orina, non si osserverà mai nell'animale vivo una digestione delle pareti della vescica.

L'alcalinità del sangue circolante, che neutralizzi l'acidità del succo gastrico e gli tolga ogni potere digerente, potrebbe spiegare l'immunità dello stomaco o della vescica verso il succo gastrico, ma siccome anche l'intestino e il pancreas possono venire intaccati dai loro propri succhi alcalini, la causa che impedisce l'auto-digestione durante la vita deve avere un fondamento generale, che consiste in ciò, che i tessuti vivi sufficientemente vascolarizzati non si lasciano impregnare dai succhi digerenti, venendo questi (non solo gli acidi o gli alcali ma anche gli stessi fermenti che contengono) per l'azione dell'assorbimento e della circolazione eliminati, a mano a mano che vi giungono in contatto.

Il Dott. Giuseppe Fasola si sta tuttora occupando intorno all'argomento delle localizzazioni cerebrali, e specialmente *intorno alle funzioni del corno d'Ammone:* ma essendo coteste ricerche la continuazione di una lunga serie di esperimenti compiuti quest'anno dal Prof. Luciani *sulle localizzazioni sensoriali*, così accennerà ai resultati ottenuti dal Fasola dopo avere esposti quelli ottenuti da lui.

Il Prof. Luciani parla dapprima delle difficoltà che s'incontrano per la constatazione sicura negli animali dei disordini totali o parziali, unilaterali o bilaterali dei singoli sensi; e dei mezzi — in parte nuovi — da lui impiegati per superarle. Dice che il mezzo diagnostico più generale consiste nell'osservare il modo di comportarsi degli animali durante l'alimentazione ad occhi chiusi o aperti, ai differenti stimoli che agiscono sui diversi sensi. Descrive brevemente le indagini diagnostiche pei singoli sensi.

Le indagini fatte per localizzare la *sfera visiva* dei cani lo hanno condotto ad ammettere che essa non sia circoscritta alla corteccia dei *lobi occipitali*, come ha creduto il Munk, ma sia molto più estesa. Infatti si ottengono disturbi visivi non solo dietro estirpazione dei *lobi occipitali* ma anche dei *lobi parietali*, *temporali e frontali*. Ciò non vuol dire però che la sfera visiva — come ammise il Goltz — sia talmente diffusa da non potersi seriamente trattare della sua localizzazione; perchè mentre i disordini visivi che conseguono all'ablazione della corteccia dei lobi *occipitali* e *parietali* sono *permanenti*, invece quelli che tengon dietro alla decorticazione dei lobi temporali e frontali sono *transitori*, e perchè inoltre le decorticazioni parziali dei due primi lobi dan sempre disturbi visivi, mentre quelle parziali dei due secondi lobi possono non produrre apprezzabili alterazioni di detto senso. Dietro questi fatti conclude che la *sfera visiva*, pure avendo la sua sede centrale nella zona *occipito parietale* degli emisferi, non vi resta circoscritta, ma si diffonde parzialmente agli altri lobi entrando per così dire *in ingranaggio* cogli altri centri.

Sulla base di numerose ricerche nega la dottrina di Munk intorno alla proiezione dei diversi segmenti delle retine sui diversi segmenti delle sfere visive. Infatti: 1° si ottiene *emianopsia bilaterale omonima* non solo dopo larga estirpazione di un lobo *occipitale*, ma anche dietro estesa decorticazione di un lobo *parietale* o di un lobo *temporale;* 2° le estirpazioni parziali bilaterali della sfera visiva non producono *cecità parziali* ben distinte, ma disturbi visivi diffusi più o meno intensi secondo l'estensione delle zone estirpate; 3° tanto gli effetti emiopici che si producono nel primo caso, che i disturbi visivi diffusi del secondo caso, non sono fenomeni *permanenti* ma *temporanei.* Tutto ciò dimostra che ciascun segmento della *sfera visiva* ha rapporto sia colle fibre del *fascio ottico incrociato* che con quelle del *fascio ottico diretto.*

Intorno alla *natura funzionale dei centri o sfere visive* i resultati di numerose osservazioni dimostrano che essi non sono la sede delle *sensazioni* ma delle sole *percezioni psichiche;* perchè l'estirpazione bilaterale di estesissime zone della sfera visiva non produce — come fenomeno definitivo — *cecità completa ed assoluta* come opina il Munk, ma *semplice cecità psichica* più o meno grave secondo l'estensione della lesione, per cui l'animale vede, ma non discerne ciò che vede.

Gli esperimenti sulle scimmie, sebbene incompleti, si accordano con questi resultati ottenuti dal Prof. Luciani sui cani.

Intorno alla localizzazione della *sfera uditiva,* i resultati degli esperimenti gli hanno dimostrato che essa non trovasi limitata nettamente al *lobo temporale* come insegna il Munk: ma si estenda anche al *lobo parietale.* Rispetto ai rapporti dei due centri cogli organi periferici dell' udito, ha confermato il fatto già precedentemente sostenuto da lui col Tamburini, vale a dire che ciascun orecchio ha rapporti con ambedue le sfere uditive, ma a prevalenza con quella dell'opposto lato. Infatti qualsiasi estirpazione unilaterale della sfera uditiva porta un disordine acustico bilaterale, ma prevalente nell'orecchio del lato opposto; e qualsiasi estirpazione della sfera uditiva dell'altro lato, dopo cessati gli effetti della prima estirpazione, non solo produce disturbi dell'orecchio opposto ma riproduce quelli dell'orecchio dello stesso lato che erano dileguati.

Finalmente intorno alla *natura funzionale* della sfera uditiva, gli effetti definitivi delle larghe estirpazioni bilaterali dimostrano che non servono alle sensazioni ma alle sole percezioni uditive, non si ha cioè *sordità assoluta e completa,* ma semplice *sordità psichica,* contrariamente a quanto insegna il Munk.

Le ricerche sulla *sfera olfattiva* sono meno numerose. Esse però permettono al Prof. Luciani di farsi fin d'ora un concetto della sua localizzazione nella corteccia. Si ottengono disturbi olfattivi tanto dietro estirpazione della *cortecccia marginale alla fossa del Silvio,* e alla porzione anteriore della *circonvoluzione dell'ippocampo,* dell'*uncus* o *subiculum cornu Ammonis,* quanto dietro estese estirpazioni nell'ambito del *lobo parietale.*

Nulla ha potuto rilevare intorno alla localizzazione del senso del gusto, per le insuperabili difficoltà dell'esame e diagnosi dei disturbi di cotesto senso.

Finalmente intorno alla *sfera sensoria generale*, ossia al centro corticale delle diverse forme del senso cutaneo e muscolare, i resultati sperimentali tanto nei cani che nelle scimmie gli hanno evidentemente dimostrato che qualsiasi estirpazione unilaterale più o meno estesa nell'ambito della così detta *zona motrice*, produce effetti paralitici non solo di moto ma anche di senso, nel lato opposto del corpo; e che non è possibile una precisa delimitazione dei singoli centri contenuti in detta zona, fondandosi non nelle reazioni agli eccitamenti elettrici nei diversi punti della medesima, come per primi fecero Hitzig e Ferrier, ma negli effetti delle estirpazioni parziali, come ha preteso il Munk. Infatti l'estirpazione limitata a un solo centro motore produce effetti paralitici sensorio-motori non circoscritti alla parte del corpo corrispondente, ma più o meno diffusi a tutta la metà del corpo, il che dimostra che i diversi centri sono in intimo nesso o ingranaggio tra loro.

Altre ricerche dimostrano che la *sfera sensoria generale*, presa nel suo complesso, non è circoscritta alla così detta zona motrice, ma si estende anche in avanti verso la punta del *lobo frontale* e all'indietro nel *lobo parietale*, il che dimostra una certa indipendenza tra i centri di moto e quelli di senso.

Il resultato più generale delle ricerche del Prof. Luciani è che ciascuna sfera sensoriale (visiva, uditiva, olfattiva, sensoria generale) oltre a possedere un *territorio proprio* di corteccia cerebrale, ha anche un *territorio comune* a tutte e quattro, che è rappresentato dal lobo parietale. Siccome in questa regione ha luogo l'*incontro reciproco*, l'*ingranaggio* e la conseguente *conglobazione* dei singoli centri sensoriali; ognuno comprende come sia la parte più importante degli emisferi cerebrali del cane, dei quali rappresenta il *centro dei centri*. Infatti l'estirpazione di detta regione (a cui Munk attribuisce l'umilissimo ufficio di provvedere alla sensibilità tattile dei globi oculari e delle congiuntive) produce lesioni di tutti i sensi, da cui deriva un profondo cangiamento della *psiche* dell'animale, su cui ha per prima richiamato l'attenzione il Goltz, venendo a mancare la *normale associazione delle percezioni e delle immagini psichiche* che sembra debba essere condizionata dall'*ingranaggio* delle diverse sfere sensoriali.

Il Dott. G. Fasola sta continuando queste ricerche, occupandosi specialmente a ben determinare le funzioni che spettano alla *regione dell'ippocampo*, vale a dire del *corno d'Ammone* o *gran piede d'ippocampo* e della *circonvoluzione omonima*. Le sue ricerche permettono fin d'ora di concludere che queste regioni fanno parte principalmente della *sfera visiva*, ma non sono estranee del tutto nè alla vicina *sfera uditiva*, e molto meno alla *sfera olfattiva*. Infatti tutti e tre cotesti sensi sarebbero lesi in seguito ad estirpazioni o distruzioni più o meno estese di detta regione. Ma più completa comunicazione degli studi del Dott. Fasola sarà fatta alla Società dopo completati gli studi sperimentali tuttora in corso.

Il Prof. Luciani finisce col lodare l'attività, l'amore alle ricerche scientifiche, l'iniziativa dei tre giovani allievi che hanno quest'anno lavorato nel

suo laboratorio, o ad augurare loro quel successo e fortuna che meritano nella intrapresa carriera, ricca certo di soddisfazioni morali, ma assai avara di materiali compensi.

V° *Il Presidente*
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

NONA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 13 LUGLIO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Sono presenti il Socio Emerito Prof. G. Pellizzari, il Socio corrispondente Dott. Sonsino ed i Soci conservatori Dott. Banti, Dott. Bargioni, Dott. O. Bertini. Dott. A. Bianchi. Dott. Boncinelli, Dott. Bottari, Prof. Chiara, Dott. Celoni, Dott. Ciuti, Dott. Colzi, Dott. Fasola, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Marcacci, Dott. A. Paggi, Prof. C. Pellizzari, Prof. P. Pellizzari, Prof. G. Pellizzari.

Il Dott. **Sonsino** legge una sua relazione sui sintomi e la cura del colèra, secondo le osservazioni da esso fatte al Cairo. Di questa memoria, riportata per intero nel numero di luglio 1884 dello *Sperimentale*, la parte più estesa si fu quella relativa ai fenomeni offerti dai malati di questa malattia: il Dott. Sonsino finiva osservando dubitare della contagiosità diretta del colera da individuo a individuo, perchè negli spedali del Cairo tre soli infermieri contrassero la malattia.

Il Prof. **Chiara** presenta due operate di ooforectomia per fibroma uterino con esito felice.

Nell'una si ebbe decorso apirettico e riduzione nel diametro verticale del fibroma uterino, piucchè nel suo diametro trasverso. In questo caso l'indicazione fu tratta dall'aumento rapido del tumore.

Nell'altra si univa una retroversione dell'utero con retroflessione, prodotte e mantenute da un cistoma, il quale era al di sopra dello stretto superiore del bacino.

Il Prof. **Luciani**, continuando il resoconto delle ricerche compiute nel suo Laboratorio durante l'anno corrente, espone gli esperimenti eseguiti dal Dott. Aurelio Geri cogli estratti acquoso, alcoolico ed etereo della *Crepis lacera*, cicoriacea che vive specialmente nelle montagne degli Abruzzi, illustrata dal socio Dott. Levier.

Gli esperimenti furono praticati nelle rane, sulle cavie, sui conigli e sui cani. Si ottennero costantemente effetti curarici, ma più lenti, più miti e più protratti. Nelle rane con 20 centigr. di estratto acquoso (che si mostrò

sempre il più attivo) i fenomeni si dileguano nel giorno successivo. Se la dose è maggiore l'animale muore dopo alcuni giorni. Alla necroscopia si trova costantemente iperemia di tutto il tratto intestinale.

I conigli e le cavie mostransi refrattari anche a dosi elevate dell'estratto comunque amministrato. Con un grammo di estratto iniettato sotto la pelle si ebbe soltanto flogosi limitata nel luogo dell'iniezione.

In un cane l'iniezione di 4 grammi portò la morte nel giorno successivo, con fenomeni convulsivi dapprima e poscia paralitici. All'autopsia si trovò una congestione degli intestini, dei polmoni, del cervello e midolla spinale.

Conclude che la *Crepis lacera* esercita un'azione irritante sul tubo gastro intestinale, con effetti eccitanti dapprima e poi paralizzanti sui centri nervosi. I ruminanti sono immuni dall'azione del veleno contenuto nella pianta in discorso.

Espone poscia una serie di esperimenti eseguiti dal Dott. Francesco Colzi *sulla fisiologia della tiroide.* (Di questo lavoro è stata già pubblicata una succinta memoria nello *Sperimentale* del luglio scorso).

Finalmente il Prof. Luciani comunica le sue più recenti ricerche intorno ai caratteri dell'*atassia cerebellare.* Nelle sue precedenti comunicazioni alla nostra Società intorno a questo soggetto, e specialmente nella memoria già da lui pubblicata, pervenne alla conclusione che l'*atassia cerebellare sia condizionata dall'imperfetto tono e dalla insufficiente energia di cui dispone il sistema nervoso motore dei muscoli della vita animale.* Tuttavia ad alcuni, fondandosi sui fenomeni osservati nei cani ai quali il Prof. Luciani aveva estirpato l'intero cervelletto e che erano sopravvissuti benissimo a questa grave operazione, sembrò che egli avesse tenuto poco conto, nel formulare gli effetti fondamentali che conseguono alla mancanza del cervelletto, di un *terzo elemento*, vale a dire dell'*abnorme misura* dei movimenti, che nel cammino dell'animale si esprime col sollevamento maggiore del solito degli arti anteriori, coll'impianto al suolo dei medesimi in forma di esagerata abduzione, infine coll'essere detti movimenti più bruschi e celeri del normale, da produrre un insolito rumore quando l'animale cammina nel pavimento in legno. Anche a M. Schiff, in una *comunicazione preventiva* pubblicata dopo le comunicazioni sullo stesso argomento fatte dal Luciani alla nostra Società, parve di dover ammettere come uno dei fenomeni caratteristici della mancanza del cervelletto un'abnorme irradiazione degli impulsi motori ai muscoli che normalmente non entrano in funzione nel compiersi dei diversi movimenti complessi dell'animale scerebellato. Sicchè l'*atassia cerebellare* dipenderebbe da tre distinti elementi o fattori: — 1° Dalla mancanza di tono o di fusione dei movimenti; — 2° Dalla insufficiente energia; — 3° Dalla abnorme misura e irradiazione dei medesimi a muscoli collaterali o antagonistici.

Il Prof. Luciani presenta una cagna a cui fin dal 13 agosto dello scorso anno 1883 fu estirpato l'intero cervelletto, nella quale è facile riscontrare i detti tre elementi dell'*atassia cerebellare.* Tuttavia egli crede di dover persistere nel concetto espresso nella memoria già da lui pubblicata sull'argo-

mento, che cioè soltanto i due primi elementi, vale a dire la *mancanza di tono* e la *insufficiente energia* dei movimenti sieno una dipendenza della cessata innervazione cerebellare, e che il terzo elemento, vale a dire l'*abnorme misura e irradiazione dei movimenti*, dipenda da irritazione e da lesione dei peduncoli cerebellari e probabile compromissione consecutiva dell'integrità degli elementi gangliari del ponte o del bulbo. La detta cagna infatti presenta un certo grado di *deviazione strabica interna* dell'occhio destro, che non si osservò affatto negli altri cani scerebellati nei quali la necroscopia mostrò integri i fasci peduncolari, e nei quali in vita era meno spiccato il suddetto terzo elemento dell'atassia cerebellare.

Ma due esperimenti praticati nelle scimmie sono la più chiara conferma dei fatti e concetti capitali sostenuti dall'autore nelle sue precedenti comunicazioni riferibili a ricerche sui cani. Egli presenta un piccolo macaco a cui il 31 maggio decorso fu interamente estirpato il *lobo medio del cervelletto*, e un altro macaco della stessa specie che subì il 26 giugno decorso l'estirpazione presumibilmente completa della *metà destra* del cervelletto.

L'odierno esame della prima scimmia non lascia rilevare gran che di anormale. Chi non l'ha conosciuta prima dell'operazione, e non ha seguito il decorso dei fenomeni consecutivi fino ad oggi, assai difficilmente saprebbe determinare in che essa si distingua da una scimmia normale. Ma essa è notevolmente più debole di una scimmia intatta, specialmente negli arti posteriori. Infatti non è capace di tenersi diritta unicamente poggiando su detti arti. Quando le si offre un fico, per stendere la mano, onde afferrarlo, ha bisogno di far presa coll'altra mano su un mobile per non cadere, e quando lo mangia ha bisogno di poggiare sulle callosità ischiatiche e di tenere i gomiti a contatto delle coscie. Oltre gli arti posteriori sono indeboliti anche gli anteriori, come può apprezzarsi con *dinanometro* rappresentato da una *bilancina a spirale elastica* applicata al cinturino dell'addome. Sollevato in aria l'animale, esso cerca di aggrapparsi con tutta forza appena si avvicina ai piedi di un tavolino o di altro mobile. Allora si esercita sull'animale una trazione coll'anello della bilancia e si determina la forza che la scimmia è capace di opporre alla trazione. Prima dell'operazione opponeva una forza da 9–10 chilogr.; dopo l'operazione non è capace di opporre che la forza di 4-5, 5,500 chilogr. Oltre la diminuzione di energia, l'animale ha presentata anche spiccata, dopo l'operazione, la mancanza di tono o di fusione nei singoli movimenti, che erano divenuti discontinui e oscillanti; ma questo fenomeno è andato successivamente diminuendo, ed ora ne restano soltanto i residui. Ciò di cui non si è mai osservato traccia in questa scimmia, nemmeno nei giorni immediatamente successivi all'operazione, è la *imperfetta misura e irradiazione* dei movimenti a muscoli che normalmente non entrano in azione. Qualsiasi disordine anche leggiero di *coordinazione* è completamente mancato.

Questo esperimento, secondo il Prof. Luciani, dimostra evidentemente due cose: 1° che quello che egli ha appellato *terzo elemento dell'atassia cerebellare*, è una dipendenza dell'irritazione o lesione dei fasci peduncolari del cervelletto, di guisa che manca del tutto quando non ha luogo questa

condizione che lo determina; 2° che l'opinione ammessa da alcuni clinici, specialmente dal Nothnagel, che i disordini di coordinazione dei movimenti sieno legati a lesioni del lobo medio cerebellare, è affatto destituita da qualsiasi fondamento scientifico.

La seconda scimmia a cui fu estirpata la *metà destra* del cervelletto, in guisa da ledere anche il fascio peduncolare di questo lato, presenta fenomeni ben diversi. Essa è tuttora incapace di camminare: è costretta a tenersi avvinchiata ai piedi dei mobili specialmente coi due arti di sinistra, essendo quei di destra tuttora tanto deboli da non poterli affatto adoperare nè pel cammino, nè per prensioni efficaci. Tuttora esistono fenomeni residuali della lesione peduncolare destra, rappresentati dall'innervamento della testa e del collo a destra e da un leggero strabismo, nistagmo e midriasi dell'occhio destro. La resistenza alla trazione che prima era di oltre 10 chilogrammi, ora è ridotta a chilogrammi 3,500. Questi fenomeni erano assai più accentuati nei primi tempi dopo l'operazione, e forse continueranno ad attenuarsi ancora. Una curiosa differenza tra i fenomeni irritativi peduncolari dei cani rispetto a quelli della scimmia sta in ciò, che mentre nei cani si esprimono con *estensioni toniche* degli arti anteriori, nelle scimmie invece si esprimono con *flessioni toniche* dei medesimi. La descritta scimmia infatti nei primi giorni dopo l'operazione teneva costantemente contratti in flessione i singoli articoli dell'arto anteriore destro compresa la mano, fenomeno irritativo che ora è cessato del tutto. Questa differenza tra i cani e le scimmie non è difficile a spiegare. Evidentemente dipende da che nei cani, abituati al cammino e alla corsa, sono prevalenti i muscoli estensori sui flessori; nelle scimmie invece, abituate a rampicare per gli alberi, prevalgono i flessori sugli estensori.

Questo secondo esperimento sulla scimmia permette al Prof. Luciani di trarre le due seguenti conclusioni, che confermano quanto ebbe già a sostenere rispetto ai cani: 1° I *fenomeni d'irradiazione* degli impulsi motorii (*disturbi di coordinazione*) dipendenti da irritazione o lesione del fascio peduncolare del cervelletto di un solo lato, si esercitano solamente sui muscoli dello stesso lato, specialmente degli arti anteriori e del collo; 2° I *fenomeni astenici* dipendenti dalla mancata innervazione di una metà del cervelletto (*diminuita energia e imperfetto tono o fusione dei movimenti*) si producono nei muscoli di ambedue i lati del corpo, ma prevalentemente nei muscoli dello stesso lato operato, specialmente degli arti posteriori.

Il Prof. Luciani infine si augura di poter ripresentare alla nostra Società le stesse due scimmie dopo l'estirpazione completa del cervelletto.

È aperta la discussione sulle comunicazioni dell'altra Adunanza: nessuno domandando la parola si apre la discussione sulla lettura del Dottor Sonsino.

Il Dott. **Tommasi** osserva che alle necroscopie eseguite a Tolone sui colerosi si è trovato il cadavere caldo: domanda al Dott. Sonsino se egli ha avuto occasione di osservare tal caso nei morti di colera in Egitto.

Il Dott. **Sonsino** risponde aver trovato dopo 10 ore i cadaveri dei colerosi freddi, ma che del resto è facile ad osservarsi il fatto del riscaldamento

di cotesti cadaveri e si spiega per la temperatura interna aumentata nel periodo algido, la quale mantiene poi il corpo caldo per un certo tempo.

Il Prof. **Giorgio Pellizzari** concorda che si possono trovare i morti di colera caldi anche 10 ore dopo.

Il **Presidente** rammenta che quando nel 1855 ebbe agio di vedere varî casi di morti di colera, non trovò sempre i cadaveri caldi e di più che spesso vide dei movimenti avvenire anche dopo un certo tempo dall'epoca della morte.

Il Dott. **Tommasi** ringrazia delle date spiegazioni e domanda se si verifica in questi casi la rigidità cadaverica.

Il Dott. **Sonsino** risponde che essa permane e molto se la morte avviene nel periodo algido; è breve se in quello di reazione.

Il **Presidente** rammenta che nel 1855 si prescriveva di curare la diarrea premmonitoria, mettendo subito il malato a letto e che il fenomeno più saliente è il senso di ambascia, a cui giovano grandemente le iniezioni ipodermiche di morfina. Crede non utile il ghiaccio nel periodo algido. Non crede che il colera sia trasmesso a mo' de' contagi fissi, che sia dannoso l'esagerare nelle misure igieniche e ridurre con esagerate precauzioni le popolazioni alla miseria.

Il Dott. **Sonsino,** osserva che in tutte le autopsie de' colerosi ei trovò il cuore sinistro vuoto di sangue, il destro con grumi.

Il Prof. **G. Pellizzari** vorrebbe che il Dott. Sonsino pubblicasse il suo lavoro, utile in ciò che si riferisce alla contagiosità del colera, perchè crede che se oggi venisse il colera in Italia mancherebbe la calma, che si ebbe nel 1855, quando i medici dicevano il colera non essere contagioso.

Il Dott. **A. Bianchi** osserva che le teorie odierne ammettendo la trasmissione del colera solo per mezzo delle feccie o dei corpi inquinati da esse, si dovrebbe avere invece più sicurezza, bastando quasi poche precauzioni a salvaguardare dal morbo.

Il Prof. **G. Pellizzari** risponde che teme le esagerazioni.

Si passa alla discussione delle comunicazioni del Prof. Luciani, per le quali nessuno prendendo la parola la seduta è chiusa alle 3 ½ pom.

V° il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Vice Segretario
Dott. A. Bianchi.

RELAZIONE

SULLE MEMORIE PRESENTATE AL CONCORSO PER IL PREMIO GALLIGO

NELL'ANNATA 1883

Onorevoli Colleghi!

In adempimento allo incarico ricevuto dal compianto Presidente della nostra Società di riferire a Voi, Egregi Colleghi, sulle memorie presentate nel p. p. Maggio al concorso per il premio fondato dal benemerito fu dottore Cav. Isacco Galligo, veniamo oggi a soddisfare tale impegno il meglio che per noi si possa.

Incominciamo dalla Memoria che ha per titolo: « *Considerazioni sull'allattamento.* » Tale memoria riassume tutto ciò che di più noto vi ha nella scienza a riguardo dell'allattamento. Per darvi una idea della memoria, ci limiteremo a riassumervene alcuni passi. L'autore sostiene essere precetto di sana pratica l'avvezzar i bambini avanti il 5° mese, perchè più tardi ciò riuscirebbe difficile, a suggere il latte dal poppatojo, al che crediamo non si penserà fino a che l'allattamento procede bene.

Nella 2ª pagina l'autore scrive: « Per altro il latte dell'uno o dell'altro « animale che sia, è valevolissimo per l'allattamento sì misto che artificiale, « poco scostandosi dal latte della donna. » Ma così esprimendosi, l'autore sembra dimenticare la capitale differenza che esiste fra la caseina del latte di donna che coagula in fiocchi piccoli e molli e quella del latte vaccino che coagula in grossi e densi fiocchi meno facili ad essere disciolti dal succo gastrico del bambino e che il latte di asina è quello che a tale riguardo più si avvicina a quello della donna, e meriterebbe di essere preferito per l'allattamento artificiale. Così pure della maniera di diluire il latte vaccino a seconda della età del bambino e di quella per conservarlo dà precetti incompleti. Nè punto accettabile senza riserva stimiamo il consiglio seguente: che quando il bambino sorpassa l'aumento quotidiano in peso di 20-25 grammi, ciò che equivale circa all'aumento medio nei primi quattro mesi della vita, sia non ostante conveniente amministrargli altro latte oltre quello della madre, *perchè esso trovi sufficiente nutrimento e perchè questa non deperisca di troppo.* Se questa deperisse si renderebbe per riguardo a lei

necessario sostituire in parte all'allattamento naturale quello artificiale; ma per riguardo al bambino, se l'accrescimento quotidiano del peso del suo corpo è normale o più che normale, niente di meglio che seguitare invariato un allattamento che dà resultati così buoni.

L'autore a proposito dell'allattamento dei bambini sifilitici consiglia a pag. 10 di non dare a balia le creature deposte nei pii stabilimenti che dopo 2-3 mesi, (termine troppo breve) senza pensare ai gravi inconvenienti spesso letali che ha l'allattamento artificiale nei primi 2 e 3 mesi della vita e senza proporre alcun rimedio a così pernicioso per quanto prudente consiglio; tale rimedio sarebbe secondo il Parrot l'allattare essi bambini con latte di asina. Toccandò questo argomento l'autore avrebbe dovuto meglio approfondare una questione di tanta importanza.

L'autore narra avere osservatò delle contrazioni involontarie dolorose dei muscoli dell'estremità sì superiori che inferiori, talora anco di quelli della faccia in donne che allattavano. Tali turbe nervose, se si sospendevano con l'amministrazione di qualche bagno o di qualche antispasmodico, non cessavano però che desistendo dall'allattamento. L'autore allude quì senza dichiararlo a dei casi di tetania, così frequente in quelle che allattano che si credette questa malattia speciale delle balie e il Trousseau la denominò dapprima *contracture rhumastimale des nourrices*, per quanto da noi non si abbia così frequente occasione di osservarla.

Per diminuire gl'inconvenienti del dare a balia i bambini, l'autore consiglia a pag. 17 i seguenti mezzi:

1° Istruire le madri e le balie il più che sia possibile nei più elementari precetti della igiene della infanzia:

2° Formare una sorveglianza attiva per le famiglie che tengono bambini a balia, inviando, ove occorra, il medico comunale presso di esse, ovvero facendo portare il bambino alla casa del medesimo, sia per constatare il suo stato di salute, sia per pesarlo e suggerire gli opportuni consigli igienici tanto alla balia che alle persone incaricate di sorvegliare il bambino:

3° Offrire un premio, ove si tratti di bambini presi in un Pio Istituto alla balia che riporterà il bambino sano e robusto superiormente agli altri riportati nel corso dell'anno.

Precetti questi utili e dei quali il 2° è per essere adottato nella Capitale della Lombardia. Infine consiglia di concedere alle madri povere quel compenso che si dovrà più tardi dare ad una balia per essere alle prime scomparso il latte.

L'autore finisce la sua memoria dichiarandosi avversario dell'allattamento artificiale, al quale preferisce giustamente il materno e il misto e reca infine una piccola statistica a dimostrare che la mortalità di bambini allattati in città è maggiore che nelle campagne e maggiore se dati a balia in confronto degli allattati dalla madre, verità queste già da gran tempo notissime e di cui nessuno osa dubitare.

Venendo alla 2ª Memoria che ha per titolo *della diffusione vaccina o vaccino diffuso*, l'autore in un preambolo troppo lungo in confronto alla

importanza del suo lavoro e con una definizione pure troppo lunga sostiene esistere differenze di volume e prominenza tra le pustole prime d'insizione e quelle consecutive o di diffusione non avvertite da altri osservatori e ne adduce delle ragioni insufficienti. Anzi uno di noi (il Prof. Levi) vide le pustole del vaccino diffuso meno prominenti delle primitive. Afferma inoltre che la evoluzione del vaccino diffuso è più breve, e ne dà causa alle diverse regioni, ove si sviluppano le pustole e alla irritazione prodotta dall'ago dello innesto. Tale fatto peraltro non è stato osservato nè nei casi del Padieu, nè in quelli del Prof. Levi ed oltre a ciò la irritazione causata dall'ago sparisce prontamente.

Nella rivista storica l'autore suppone una ben maggiore frequenza del vaccino diffuso di quello che sia dimostrato ed erroneamente interpetra le citazioni di autori antichi come riferibili a vaccino diffuso. E facendo menzione delle discussioni del Comitato di Venezia sulla vaccinazione suppone affatto gratuitamente che se non fosse stata la ristrettezza del tempo vi si sarebbe trattato e discusso del vaccino diffuso, al quale allora nessuno pensò.

Le citazioni del Varlomont e del De Renzi sono ambigue e la storia del vaccino diffuso comincia solo col Roger, come è dichiarato nel lavoro sul vaccino diffuso del Prof. Levi.

Nella breve rivista storica delle osservazioni moderne l'autore ha dimenticato quelle ultime del Rigabert, « *Gazette des hopitaux*, 1882. n. 103. » del Kolischer « *Deutsche mediz. Wochenschrift* 28, 1882; » del Martin « *New York med. Record* 597; » del Gueniot « *Progrès med.* 20, 1882; » del Behrend « *Ueber vaccinale Hauteruptionen, Berlin Klin. Wochenschrift* 1881, 46, » e le citazioni fatte non sono che di nomi e non dei libri onde furono attinte.

Il 1° caso di osservazione dell'autore di vaccino diffuso lascia qualche dubbio se si trattasse veramente di tale forma e non piuttosto di accidentale eruzione pustolosa consecutiva, ed è poi da notare che l'autore omette di riferire in quanti giorni decorse e ogni altro particolare del caso.

La 2ª osservazione è riferita meglio, ma erroneamente l'autore vuole per essa provare che il vaccino diffuso è più frequente assai di quello che comunemente si ammette; per ciò solo che si evita di vaccinare quando la pelle è irritata. Concesso anco che questa fosse la ragione del fatto, non perciò è meno vera la rarità del vaccino diffuso. E a provare che non è così, bisognavano moltiplicate osservazioni attendibili e non ragionamenti fallaci.

Per provare poi che il vaccino diffuso è originato da irritazione della pelle, l'autore si è valso di un esperimento ingegnoso, cioè pungendo con un ago da vaccinazione ben deterso in vari punti la pelle di bambini dopo vaccinati, ma per ben tre volte ebbe un risultato negativo. Solo in un quarto caso egli inoculò il vaccino nel braccio destro e nell'altro finse d'inocularlo con lo stesso ago previamente ben deterso. Ora avvenne che nel braccio destro si svilupparono le pustole vacciniche al 4° giorno e al 7° giorno nel braccio sinistro. Perchè tale osservazione avesse tutta la importanza che l'autore le vuole dare, occorreva che egli si fosse servito dello stesso ago non solo ben deterso, ma esposto alla fiamma, o meglio di uno affatto nuovo.

L'esperimento dell'autore diretto a dilucidare se il vaccino diffuso sia causato dalla qualità del *virus* inoculato, oppure da speciali disposizioni della pelle del vaccinato, inoculando senza alcun danno od inconveniente dei bambini sani con un vaccino tolto a un scrofoloso, non aggiunge niente a quanto già si sapeva in proposito, noto pure essendo che si è avuto la diffusione del vaccino anco scegliendo per vacciniferi dei bambini sanissimi.

Che la comparsa delle pustole di vaccino diffuso debbasi a irritazioni e morbose predisposizioni della pelle fu già sostenuto e dimostrato da Autori Francesi, dal Galligo e da uno di noi (Prof. Levi). Ma a torto l'autore afferma esser questo l'unico modo di origine dello sviluppo del vaccino diffuso, escludendo quello di una possibile autoinoculazione. A torto nega a un bambino di 5-6 mesi la capacità di graffiarsi ed erroneamente argomenta sul tempo d'introduzione ed evoluzione della materia vaccinica. Non è vero che il vaccino sia efficace soltanto al 6° giorno. Già il Trousseau dimostrò ed altri poi confermarono, fra i quali lo stesso Prof. Levi, che il vaccino è efficace al 5° e perfino al 4° giorno. Non è giusto che il tempo decorrente dalla inoculazione del *virus* vaccinico allo sviluppo delle pustole sia sempre lo stesso, come sembra credere l'autore; chè mentre alcune pustole si sviluppano al 4°, 5° giorno, si hanno esempi di altre sviluppatesi al 10° e perfino al 30° giorno. Perciò anco se la comparsa delle pustole del vaccino diffuso si fa tardivamente, è sempre esplicabile con l'autoinouclazione, la quale sarebbe possibile anco al 6°-7° dì dall'avvenuta inoculazione vaccinica, come rivaccinazioni con esito positivo eseguite in detti giorni ad evidenza dimostrarono. Non si può conseguentemente negare nella genesi del vaccino diffuso la possibilità dell'autoinoculazione, sebbene si ammetta dalla più parte dei trattatisti e dallo stesso Prof. Levi che la origine più comune e più frequente ne sia la morbosa disposizione della pelle del vaccinato.

Degno di encomio è l'esperimento fatto sopra sè stesso dallo autore inalando della materia vaccinica sciolta con un polverizzatore a doppia palla e quindi pungendo il suo avambraccio in 9 punti diversi con la comparsa al 3° dì di un falso vaccino, ciò che confermerebbe sull'uomo gli esperimenti di Chaveau sui cavalli. L'autore ha ripetuto dopo del tempo delle punture ai suoi avambracci con la semplice comparsa di una piccola areola rossastra, come può osservarsi in seguito di una puntura qualunque. Tali ingegnosi esperimenti hanno certo d'uopo di essere ripetuti con tutte le cautele per potere dar loro un valore reale. Ma certo prematura e non accettabile è la proposta che ne fa seguire l'autore di sostituire in regola generale la inalazione del vaccino secco e polverizzato allo innesto consueto per risparmiare ai bambini questo atto operativo che egli chiama apprensivo e doloroso!! E nemmeno si può menar buona la ipotesi emessa dopo tale proposta di una possibile manifestazione locale del vaccino nei visceri interni (bronchi, polmoni, intestini), concetto questo affatto nuovo ed ipotetico, contrario alla scienza ed alla esperienza.

In ultimo l'autore espone a lungo le cure da apprestarsi a bambini delicati e scrofolosi prima di sottoporli all'innesto per evitare in essi il vaccino

diffuso, fermo sempre, come egli è nell'erroneo concetto della facilità, frequenza e gravezza del medesimo in opposizione alle osservazioni fino a qui fatte che lo dimostrarono invece rarissimo e generalmente senza gravità.

Veniamo adesso alla 3ª memoria che ha per soggetto *la Paralisi spinale infantile*. L'autore esordisce rilevando a torto essere pochi i trattati di Pediatria e malattie nervose che si occupano diffusamente e a fondo di tale malattia ed anco nel trattare la parte storica mostra non avere conoscenza degli ultimi lavori tedeschi in proposito, come ad es. la monografia dello Erb nel grande trattato di patologia speciale dello Ziemssen e quella ancora più diffusa del Seligmüller nel grande trattato di malattie dei bambini del Gerhardt. In generale l'autore si attenne troppo esclusivamente agli scritti del Laborde e del Vizioli e trascurò ogni citazione esatta delle opere riportate nella sua memoria.

La definizione che egli dà della malattia è chiara e precisa e buona abbastanza, ma forse troppo più anatomica che clinica e certo inferiore e meno completa di quella che ne dà il Seligmüller. Per altro il lettore che si suppone ignaro dello argomento, non è previamente preparato a questa definizione che riassume come di dovere tutta la dottrina professata intorno al morbo in questione. Meglio sarebbe stato se l'autore l'avesse fatta precedere da un più completo trattatello storico e bibliografico svolto meglio e con più ordine.

La etiologia è nel complesso trattata bene, con sufficiente accuratezza e dottrina ed esposizione chiara e buona critica. Emette il concetto della probabile importanza etiologica della sifilide ereditaria, (ciò che confermerebbe qualcuno dei suoi 4 casi), ma nol discute a fondo, nè ampiamente e solo lo accenna.

Buona e chiara la divisione e descrizione dei fenomeni iniziali e consecutivi della paralisi, giusta la dimostrazione della non esistenza di veri e propri fenomeni prodromi e della non importanza di quelli che pure si avvertono. Buoni e ben trattati i capitoli III e IV ove l'autore parla dei fenomeni iniziali in particolare, della estensione e poi regressione della paralisi, dell'atrofia delle parti paralizzate e loro deformazioni. L'autore dà esatte descrizioni e riferisce e riassume bene le opinioni degli autori. Buono pure il capitolo della durata, esiti e complicazioni della paralisi spinale infantile ed ottimo quello della prognosi. — L'anatomia patologica è trattata con dottrina, estensione e chiarezza e così pure la patogenesi; se non che nel trattare questi due capitoli ritorna nella parte storica e qui soltanto ricorda le varie opinioni degli autori. Senza queste ripetizioni tali capitoli avrebbero guadagnato in brevità, chiarezza ed efficacia.

Nella patogenesi è bene confutata la opinione del Bouchut sulla origine periferica della paralisi spinale infantile, ossia per alterazione primitiva dei muscoli.

Con molta dottrina e diffusione anco eccessiva è trattata la diagnosi differenziale e l'autore avrebbe fatto meglio a ristringere questo capitolo alle giuste proporzioni del lavoro, parlando solo delle altre forme di paralisi più

facili a confondersi con quella in questione; specialmente la descrizione dei reflessi tendinei nelle varie paralisi è troppo diffusa.

Nel capitolo della cura non è troppo bene trattata quella dello stadio iniziale per esservi affastellati varî consigli di rimedî e metodi senza buona critica: anzi a tale riguardo l'autore avrebbe avuto miglior consiglio attenendosi ai precetti del Seligmüller ed evitando certe inesattezze di linguaggio, come quella di chiamare *derivativi* le sottrazioni sanguigne, i bagni di aria calda e secca.

Meglio trattata è la cura del 2° periodo, nella quale parla diffusamente e bene della elettricità, non senza incorrere tuttavia in una grave omissione, giacchè dimentica l'applicazione della corrente continua lungo la spina raccomandata dallo Erb, Althaus e dal Seligmüller.

Dei 4 casi di sua osservazione citati sulla fine della memoria, il primo è riferito abbastanza bene; ma la paraplegia descrittavi non è abbastanza tipica per la quasi mancanza dell'alterazione muscolare e per essere conservati o quasi i riflessi tendinei, non che la contrattilità elettrica.

Il 2° caso è caratteristico di paraplegia flaccida, ma non vi è indicato lo stato di nutrizione degli arti inferiori paralizzati.

Il 3° caso di monoplegia destra inferiore è bene descritto; non così il 4° pochissimo caratteristico.

Aggiungasi che nel 1°, 2°, e 4° caso manca la osservazione del decorso ulteriore della malattia, non che dei resultati della cura.

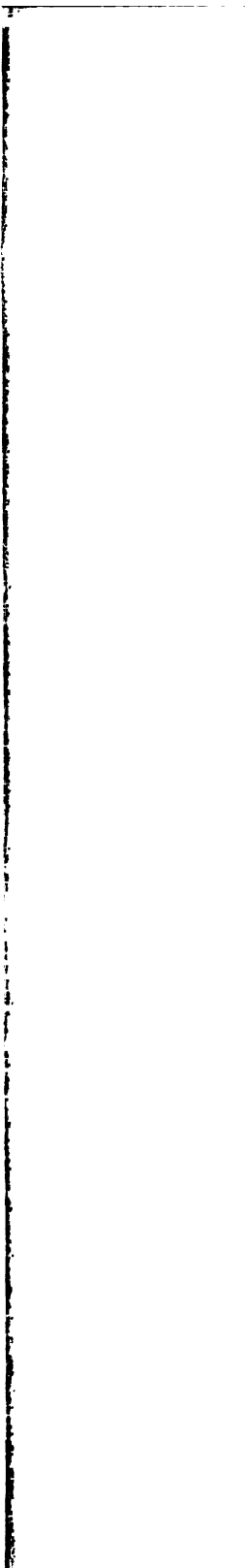
Nel riepilogare la sua memoria l'autore afferma non dubitare che alfine si giunga a scoprire le cause del morbo in parola, ad apprezzarne i sintomi precursori e a conoscere così rimedi valevoli a prevenirlo e curarlo; ciò che fino ad oggi non può riguardarsi pur troppo che come una utopia etiologica, diagnostica, profilattica e terapeutica.

Riassuntevi così, Onorevoli Colleghi, le tre memorie presentate al concorso, la Commissione da Voi eletta per esaminarle crede di dovere escludere dalla discussione del premio la prima contrassegnata dal motto: « *Ingegnati* « *se puoi di essere palese* » e che ha per soggetto: « Considerazioni sull'allat- « tamento » perchè non contiene niente di nuovo e neppure buoni e bene ordinati precetti. Quasi tutte le cose espostevi sono notissime e le poche che nol sarebbero, sono in parte molto discutibili.

E nemmeno crede doversi proporre il premio per la seconda memoria dal motto: « *Si tibi vera videtur dede manus et si falsa est accingere con-* « *tra* » e per soggetto « Della diffusione vaccinica o vaccino diffuso » perchè contiene pochissime osservazioni nuove ed importanti ed alcune anzi assai discutibili ed erroneamente interpetrate, attribuendosi in essa una esagerata importanza ed una esagerata estensione ad una forma morbosa per sè rarissima e generalmente non grave.

La terza memoria « Sulla paralisi spinale regressiva della infanzia e dal motto: « *Paralysis sit interdum in pueris vel in uno membro vel in toto corpore* » benchè non rechi fatti nuovi, nè estenda il patrimonio della scienza sul capitolo di detta malattia, ha sulle altre due il pregio grandissimo di

trattare un argomento più importante e in modo completo o quasi, riassumendo tutta la dottrina di tale forma morbosa con sufficiente esattezza, ordine e buona critica da potere riuscire una utile guida ai medici pratici che non avessero fatti particolari studî su tale argomento. Perciò la Commissione la ritiene indiscutibilmente superiore non solo alla prima, ma anco alla seconda memoria e come lavoro di buona e accurata compilazione meritevole di essere incoraggiata col premio, avuto anche riguardo alla scarsità e mediocre importanza di lavori fino a oggi pubblicati in Italia in argomento di pediatria.

Prof. M. R. Levi.
Dott. Celso Pellizzari.
Dott. Pietro Celoni (Relatore)

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

COMPILATI DAL SEGRETARIO

Dott. GUIDO BANTI

Anno Accademico 1884-85

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA

1886

ATTI ACCADEMICI

DELLA

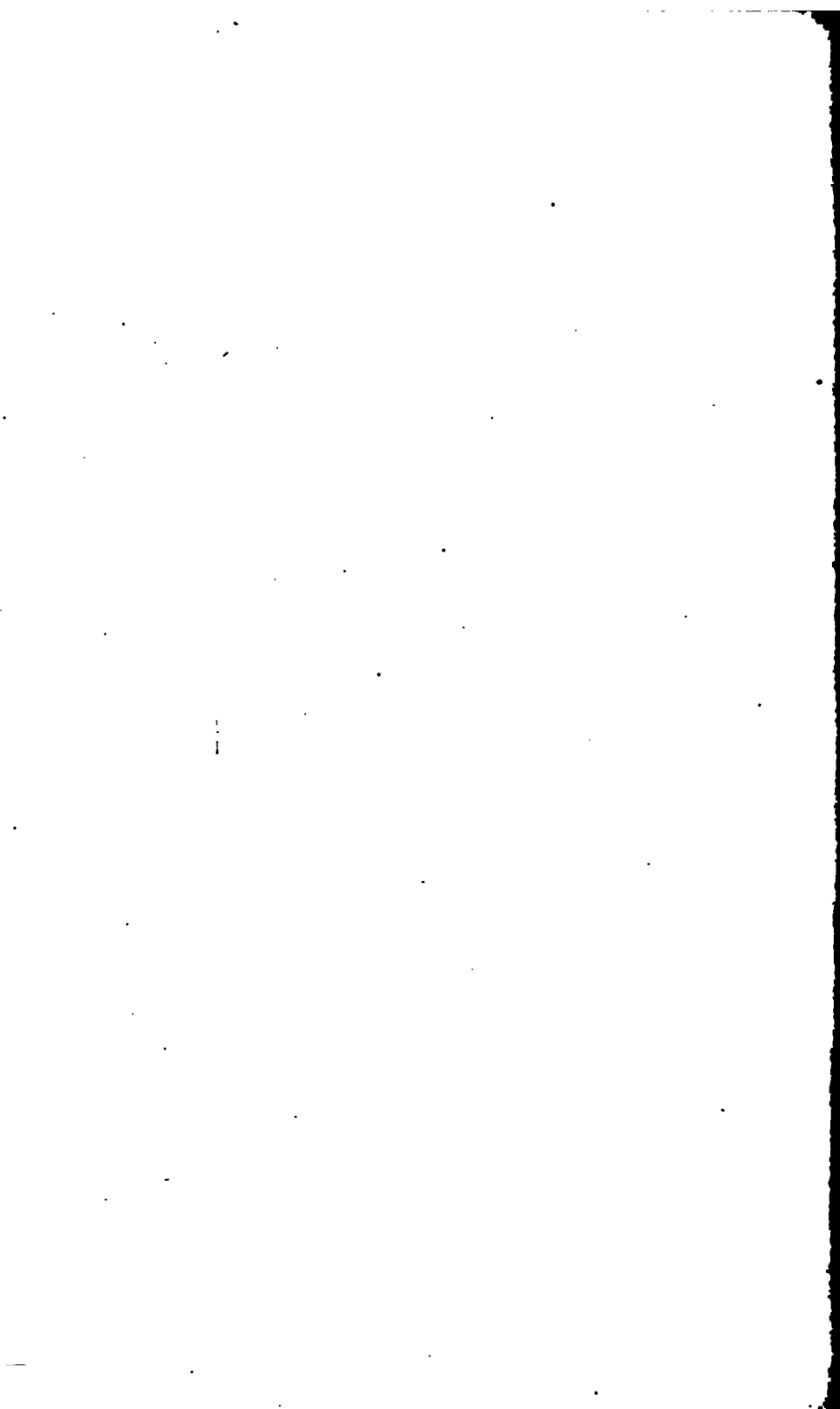
SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA.

ATTI ACCADEMICI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIORENTINA.

ANNO ACCADEMICO 1884-85

Presidente,	Prof. PIETRO PELLIZZARI
Vice-Presidente,	Prof. LUIGI LUCIANI
Segretario degli Atti,	Dott. GUIDO BANTI
Vice Segretario,	Dott. AURELIO BIANCHI
Segretario delle Corrispondenze,	Dott. RAFFAELLO ZANNETTI.

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL 7 DICEMBRE 1884.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Vice-Presidente.*

Soci presenti: Tommasi, Celoni, Pereyra, Bajardi, Fasola, Grilli, Levi, Bertini, Giuntoli, Marcacci, Vecchietti, Colzi, C. Pellizzari, Campani, A. Paggi, Boncinelli, Urbino, il Prof. G. Romiti socio corrispondente nazionale, ed il Segretario degli Atti.

Aperta l'Adunanza, il Prof. **Levi** pronunzia le seguenti parole:

Poichè per circostanze imprevedute e dalla mia volontà indipendenti non potei assistere, come era proposito e desiderio mio, ai funerali di quell'uomo egregio e tanto giustamente rimpianto, che fu Giuseppe Barellai, nè dinanzi alla bara che ne racchiudeva l'esanime spoglia rivolgergli, a nome degli Ospizî Marini d'Italia e del Veneto in particolare, l'estremo saluto di riconoscenza, d'affetto e di cordôglio vivissimo; vogliate ora, onorevoli Soci, concedermi l'espressiene di tali sentimenti. Altri lodarono e loderanno in Lui il patriota ardentissimo, il generoso soldato delle patrie battaglie, il medico dotto e premuroso, lo scrittore vivace ed arguto: e più d'uno di voi potrà bene rammentare quale sia stata l'attività scientifica del Barellai e quanta parte abbia Egli preso in addietro ai lavori della Società nostra. A me basta e giova soltanto ricordare, come coll'opera sua d'iniziativa e propaganda calorosa, indefessa, dell'istituzione degli Ospizî Marini, abbia Egli altamente ben meritato della carità e della scienza, e onorato insieme col nome proprio quello della Società Medico-Fisica Fiorentina. Sarà nobile vanto di questa di avere al fervido, umanitario appello del Barellai ed alla straziante vista della efficacissima tela di Stefano Ussi, risposto col prendere volenterosa la difesa e l'appoggio della proposta del Barellai. L'attuazione d'essa a Viareggio e poi la diffusione degli Ospizî Marini, sempre più grandi e prosperi e meglio ordinati, sulla doppia costiera italiana; e l'ammirazione e imitazione di che furono oggetto in altri paesi per impulso di scienziati e filantropi stranieri, negli ultimi anni massime tedeschi, sarà il monumento più degno e durevole del

nome e dei meriti del Barellai. E deve essere argomento di vera e giusta compiacenza per la Società nostra e di conforto nel deplorare la perdita di un uomo che la onorò con la mente e col cuore.

Il Dott. **Boncinelli** dice non volere oggi enumerare tutti i meriti scientifici e filantropici del Prof. Barellai. Egli si limita a ricordare che il Barellai fu già Vice-Presidente di questa Società, di cui prese parte attiva ai lavori e che nel seno di questa medesima Società svolse i suoi progetti sulla fondazione degli Ospizî marini. Infine il Dott. Boncinelli riferisce i titoli delle memorie scritte dal Prof. Barellai e che sono i seguenti:

1. Considerazioni sopra la Zoonomia di Erasmo Darwin.
2. Osservazioni sopra l'azione pustulativa dell'olio di croton tillio.
3. Osservazione di una tubercolosi delle tube falloppiane con duplice perforazione della tuba destra.
4. Osservazione di una tubercolosi del cuore.
5. I pensieri di un Medico del Secolo XVI.
6. Degli Ospizî marini gratuiti per gli scrofolosi indigenti.
7. Degli Ospizî marini del nuovo Spedale di Pietrasanta.
8. Intorno al libro del Sig. Giovanni Angiolo Franceschi intitolato « Dell'educazione popolare e del Patronato civile delle moltitudini. »
9. Degli Spedali delle Provincie Toscane.
10. Sulla necessità di convertire ad uso di Spedali pe' fanciulli e pei convalescenti qualcuno de' Conventi soppressi nei colli vicini a Firenze.
11. Lo Spedale di S^a^ Maria Nuova (Relazione).

Il Vice-Presidente Prof. **Luciani** a nome di tutta la Società si associa a queste onoranze rese alla memoria del Prof. Barellai e dichiara che esse saranno inserite nel Processo Verbale dell'odierna adunanza.

Il Dott. **Boncinelli** dice che per rendere un solenne tributo di onore alla memoria del Prof. Barellai, la Societa potrebbe chiedere alla di Lui Famiglia la medaglia ottenuta per la fondazione degli Ospizî marini all'Esposizione di Torino. Questa medaglia potrebbe venire conservata negli Archivi della Società.

Il Dott. **Grilli** dichiara che egli non ha nulla da opporre a tale proposta, ma teme che la richiesta di questa medaglia possa apparire indiscreta alla Famiglia dell'Estinto, la quale probabilmente avrà piacere a conservare presso di sè questo attestato di alta onorificenza. Propone invece che sia posta una lapida commemorativa del Prof. Barellai nel locale della Società.

La proposta del Dott. Grilli è presa in considerazione dalla Società e viene rinviata alla Deputazione conservatrice.

Il Dott. **Tommasi** propone che venga inviata a nome della Società una lettera di condoglianza alla Famiglia del Prof. Barellai.

Tale proposta è approvata all'unanimità.

Il Dott. **C. Campani** fa una comunicazione sull' importanza dei microrganismi nella carie dentaria. Dopo avere ricordato i recenti studî sopra tale argomento, conclude che fino ad ora nè i fatti sperimentali nè il criterio terapeutico sono a provare in modo certo l'origine parassitica di questa malattia.

Il Dott. **Celoni** riferisce sopra due casi d'isterismo osservati in soggetti impuberi nel lasso del suo esercizio medico di 16 anni.

Il primo caso riguarda un bambino di 8 ½ anni, un po'anemico, di condizione agiata. Dopo la precedenza per quattro mesi di un pervertimento del carattere con dimagramento, cominciarono degli accessi di delirio, durante i quali il bambino immaginavasi che la madre fosse morta. Dopo tre di tali accessi si ebbe una calma per un mese, scorso il quale ricominciò la malattia con violenta cefalea all'occipite, tardità del polso, e grida emesse dal bambino anco nel sonno, per cui si temette l'esordire di una meningite granulosa, fino a che la persistente apiressia, la mancanza del vomito e degli altri fenomeni proprî di questa ultima malattia non chiarirono meglio la natura del male. A questo stato successero i suddetti accessi di delirio, dopo uno dei quali fu notato uno stato catalettico. Il paziente guarì nel lasso di due mesi dopo varie cure, fra le quali l'ultima fu la idroterapica e l'applicazione della camicia di forza al cominciare di ogni accesso.

Il secondo caso si riferisce ad una bambina di 9 anni, di nobile e ricca famiglia. La malattia cominciò con una tosse convulsa, associata a vomito e più tardi a ostinata disfagia, per la quale si dovette ricorrere per l'alimentazione all'amministrazione di clisteri nutrienti. La respirazione dell'aria compressa risvegliò accessi fortissimi di soffocazione, dai quali la bambina si riebbe con gran pena e da quel momento cominciarono sforzi espiratori, con espressione di latrati canini anzichè di tosse. In tutta la prima metà dell'anno 1878 si ebbe ad osservare un'alternativa di fenomeni isterici dall'emianestesia e dal dolor ovarico, da spasmi e contratture passeggiere e fugaci paresi fino alle allucinazioni e qualche alterazione psichica, le convulsioni, il sonnambulismo e qualche fugace e leggiera manifestazione catalettica. Il solo fenomeno costante fu la impedita deglutizione, per la quale si dovette ricorrere alla regolare sondatura dell'esofago per alimentare la paziente.

Venuta questa a Firenze sul finire del giugno di detto anno, guarì di ogni disturbo dopo un mese di cura idroterapica.

Ambedue questi casi, il primo con prevalenti disturbi psichici, il secondo con prevalenti disturbi convulsivi, concordano in questo, che in ambedue si notò la provenienza da genitori e famiglie, ove erano state osservate affezioni isteriche.

Il Dott. Celoni prosegue quindi a dimostrare che l'isterismo si presenta nell'adolescenza anco con forme diminutive e a tale uopo riporta brevemente la istoria di una bambina di 11 anni, anemica, proveniente da un padre tubercoloso, colta da insonnio e uno stato d'ipocondria; e così pure la istoria di una bambina di 9 anni, anemica e nervosa, affetta da ostinata tosse con-

vulsa da ritenerla non come la espressione di un isterismo, del quale mancava ogni altro sintoma, ma di ciò che il Bouchut chiama *istericismo*.

Dalle quali osservazioni il Dott. Celoni conclude che nell'adolescenza si osservano tutti i gradi di quel complesso di disturbi nervosi che dal semplice stato nervoso può arrivare fino al più grave isterismo.

Sulla comunicazione del Dott. Celoni, il Prof. **Levi** osserva che i soggetti in cui si verificò l'isteria piuttosto che all'infanzia appartenevano alla seconda fanciullezza.

Il Dott. **Tommasi** domanda al Dott. Celoni se egli abbia osservato nelle sue malate quei disturbi visivi che si sogliono verificare nelle isteriche, in specie riguardo alla percezione dei colori.

Il Dott. **Celoni** risponde non avere fatto ricerche in proposito.

Il Dott. **Giuntoli** dice essere poco inclinato ad emettere il vero isterismo nell'uomo. Ad ogni modo la parola *isterismo* non gli sembra etimologicamente giusta nemmeno nella donna, stando almeno alle moderne dottrine sulla patogenesi dell'isteria.

Il Dott. **Banti** dichiara che per tutto il complesso sintomatico bisogna ammettere anche nell'uomo la vera isteria.

La seduta è tolta a ore 2 e mezzo.

V° Il Vice Presidente
Prof. L. Luciani.

Il Segretario
Dott. G. Banti.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 28 DICEMBRE 1884.

Alla Presidenza, il Prof. L. LUCIANI, *Vice-Presidente.*

Sono presenti i Soci: Boncinelli, Bianchi, Federici, Campani, Marcacci, Bajardi, Bertini, Bottari, Brigidi, Grazzi, Tommasi, Giuntoli, Paggi Adolfo, Colzi, Celoni e il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, il Prof. **V. Brigidi** parla di un caso di frattura di dente consolidata e ne dimostra i relativi preparati istologici. Per dettagli rimandiamo al numero di Gennaio del Giornale lo *Sperimentale,* nel quale viene pubblicata la memoria suddetta.

Nessuno prendendo la parola su questa comunicazione, la seduta pubblica è tolta a ore 1 e $^1/_4$.

V° Il Presidente.
Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario.
Dott. GUIDO BANTI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 25 GENNAIO 1885.

Alla Presidenza, il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Paganucci, Fasola, Pereyra, Boncinelli, Chiara, Urbino, Levi, Bajardi, Grilli, Marcacci, Bottari, Bargioni, Pellizzari Celso, Bertini, Brigidi, Tafani e il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Prof. **D. Chiara**, il quale riferisce un caso di tumore ovarico intraligamentoso. Si trattava di una donna di 57 anni, nubile, la quale presentava un grosso tumore addominale, che venne diagnosticato « cistoma colloideo pauciloculare dell'ovaio. » Il 25 Novembre 1884 si eseguì la laparotomia.

Aperto il cavo ventrale si affaccia una loggia, che punta e svuotata lascia l'adito a una seconda egualmente voluminosa sorgente da sinistra e portante verso l'equatore due grossi conglomerati di cisti ripiene del medesimo liquido colloideo. Il tumore si vede quindi risultare composto dalla unione sul mezzo di un cistoma dell'ovaio destro con uno dell'ovaio sinistro: questo aderiva fortemente con il peritoneo iliaco destro, e quello, il destro, intraligamentoso, si spingeva fin contro il peritoneo del Douglas col quale aderiva fortemente; come fortemente aderiva al margine destro dell'utero. Da questa disposizione ripetevasi la torsione subíta dall'utero, la cui faccia anteriore guardava verso sinistra per lo stiramento che faceva il cistoma corrispondente che doveva essere nato prima ed era più voluminoso.

Venne fatto un prudente tentativo di enucleazione, tosto abbandonato per le difficoltà che andavano affacciandosi: per conseguenza fu seguito il seguente piano. Estrarre quanto fu possibile del tumore insieme all'utero il cui tessuto resistente si prestava per un valido appoggio al peduncolo, circondare utero e tumore con la catena dello schiacciatore, stringere fino a perfetta emostasi, e poi amputare utero e tumore a circa 2 ctm. sopra la catena. Questo eseguito, si ottenne un grosso peduncolo la cui base era fatta dalla porzione sopra vaginale del collo uterino e da quella parte del tumore che non fu possibile liberare dalle aderenze: il peduncolo poi venne fissato all'angolo inferiore della ferita addominale, dove lo tenevano la catena e un lungo ago lanceolato che lo attraversava sopra la catena da destra a sinistra.

L'andamento consecutivo fu regolarissimo: la testa del peduncolo cadde al 12° giorno; l'infundibolo si deterse e granuleggiò rapidamente e sempre senza febbre, di guisa che al 20° giorno dall'operazione la donna potè lasciare il letto.

Lo stato dell'operata, che viene presentata alla Società, si mostra florido: la cicatrice è solidissima, e lascia sperare che non si farà ernia; il resto dell'utero sensibile dalla vagina è libero affatto da aderenze; vescica e intestino funzionano regolarmente.

Alcuni Soci procedono all'esame della donna presentata dal Prof. Chiara.

Il Prof. **R. M. Levi** fa una comunicazione orale sopra l'Istituzione degli Ospizî Marini. Dopo aver ricordato come e per opera di chi ebbe origine questa benefica Istituzione, come si diffuse in Italia ed all'estero, viene a parlare delle condizioni in cui attualmente si trovano gli Ospizî Marini di Firenze in confronto di quelli di altre Provincie. Dimostra come il Regolamento attuale degli Ospizî Fiorentini non soddisfi interamente allo scopo per cui questi furono fondati ed accenna come dovrebbe venire modificato. Spera che le sue proposte vengano prese in considerazione dalla Società, giacchè sarebbe assai utile che le proposizioni di riforma potessero venire presentate al Comitato degli Ospizî Marini, appoggiate e rese più autorevoli dall'approvazione di una Società medica.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Chiara e nessuno prendendo la parola, si passa a discutere sulla comunicazione del Professore Levi.

Il Prof. **P. Pellizzari** si associa al Prof. Levi nel riconoscere insufficiente il modo con cui si fa oggi la cura climatica nell'Ospizio Marino di Firenze. Crede però che non mancheranno ostacoli per introdurre riforme serie e vantaggiose, nel qual caso si potrà anche rivolgersi all'Amministrazione dello Spedale per cercare di far accogliere in altri Ospizî i bambini inviati dalla medesima. Gli sembra opportuno che si nomini una Commissione coll'incarico di proporre per scritto le riforme da introdursi nell'attuale Regolamento degli Ospizî Marini per poi presentare la memoria scritta al Comitato degli Ospizî suddetti.

Il Prof. **Levi** accetta questa proposta, purchè la memoria scritta dalla Commissione venga discussa in seno alla Società prima di essere presentata al Comitato degli Ospizî Marini.

Il Prof. **Chiara** riconosce come sia eccellente l'intenzione delle proposte fatte dai Professori Levi e Pellizzari, però non gli sembra conveniente che la Società non richiesta suggerisca al Comitato di riformare gli Ospizî Marini. Qualora il Comitato medesimo non volesse accogliere i suggerimenti della Società, tal fatto non sarebbe certo per questa molto decoroso.

Il Prof. **Pellizzari** dice che questo timore non deve trattenere la Società. Anche se il Comitato degli Ospizî Marini non volesse accogliere le proposte della Società Medico Fisica, tutti sarebbero in grado di giudicare da qual parte stesse il torto e a decidere se riesca meno decoroso il proporre utili riforme in una simile Istituzione, o il non accettarle.

Il Prof. **Levi** ricorda come nella provincia di Firenze si abbia una delle più gravi mortalità nei bambini. Non si potrà dubitare che la Società Medico Fisica abbia il diritto di occuparsi di questo gravissimo fatto e dare quei consigli che giudicasse più opportuni per diminuire tale mortalità. Fra i mezzi

che meglio sono in grado di raggiungere questo scopo, importantissimo è la cura climatica marina, e non potrà che riuscire decoroso per la Società Medico Fisica se essa vorrà indicare e appoggiare con la sua autorità le norme più opportune per eseguire nel modo più conveniente questa cura.

Il Dott. **Grilli** appoggia volentieri le proposte del Prof. Levi, ma gli sembra che possano sorgere obiezioni per alcune di esse. Per esempio un ostacolo molto forte ad accettare le riforme sarà la mancanza di mezzi pecuniarî sufficienti. Inoltre è da considerare come le spese per il mantenimento dei bambini nell'Ospizio di Viareggio sono solo in parte sostenute dall'Ente Morale degli Ospizî: per altre provvedono i Municipi o privati. Ora forse questi non acconsentiranno a sottomettere ad una Commissione Medica la scelta dei malati da inviarsi ai bagni marini. Quanto al criterio con cui si debbono scegliere questi malati gli sembra che possa essere molto variabile, imperocchè alcuni medici stimeranno più utile inviare sul mare i casi gravi di scrofolosi, altri invece quelli più leggeri.

Il Prof. **Chiara** crede molto utile il discutere questo piano di riforme, ma ripete non sembrargli conveniente presentarlo poi a persone che non l'hanno richiesto.

Il Prof. **P. Pellizzari** fa notare che la semplice discussione rimarrebbe limitata nel seno della Società, mentre è necessario che il Comitato degli Ospizî Marini sia informato delle proposte fatte, il che si ottiene con la nomina della Commissione.

Il Prof. **Levi** conviene col Dott. Grilli che non si possono dare criterî precisi che servano di guida nella scelta dei malati da inviarsi ai bagni marini, ma egli ha avuto solo lo scopo oggi di esprimere un desiderio per la riforma degli Ospizî Marini di Firenze. Crede che si debba sopratutto insistere nel doversi escludere nella scelta dei malati i casi non adatti; nel non fare una cura troppo breve e farla sempre sotto la sorveglianza d'una Direzione medica. Aggiunge che gli sembrerebbe anche conveniente instituire negli Ospizî una classe di bambini a pagamento per allargare la cerchia di coloro che potessero usufruire dei vantaggi dei bagni marittimi.

Il Prof. **Chiara** domanda che prima di entrare a discutere dei particolari, si deliberi se si debba accettare la nomina di una Commissione come proponeva il Presidente.

Il Prof. **Brigidi** crede che si potrebbe scindere in due la proposta fatta dal Presidente, cioè 1° se si debba nominare una Commissione incaricata di studiare una riforma degli Ospizî Marini di Firenze; 2° se dopo discussione nel seno della Società si debbano le proposte presentare al Comitato degli Ospizî Marini.

Il Dott. **Banti** non crede che si possa fare questa divisione, poichè quando non venisse approvata la seconda parte, sarebbe inutile procedere alla nomina di una Commissione e la Società potrebbe senz'altro discutere sulle proposte orali fatte dal Prof. Levi.

Il Presidente Prof. **Pellizzari** mette ai voti la sua proposta, cioè di nominare una Commissione con l'incarico di redigere una memoria sulle riforme

da introdursi negli Ospizî Marini di Firenze, memoria da presentarsi, dopo discussione ed approvazione nel seno della Società Medico Fisica, al Comitato degli Ospizî Marini suddetti.

Questa proposta è approvata.

Il Presidente invitato dalla Società a nominare la Commissione designa a farne parte il Prof. M. R. Levi, il Prof. D. Chiara, il Dott. P. Celoni.

La seduta è tolta a ore 3 pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 22 FEBBRAIO 1885.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i soci: Fasola, Turchini, Colzi, Chiara, Luciani, Bajardi, Corso, Zannetti, Brigidi, Boncinelli, Grilli, Tommasi, Levi, Giuntoli, Bottari, Bertini, Faralli, Urbino, Pellizzari Celso, Paggi Adolfo, Marcacci ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della precedente Adunanza, il Prof. **M. R. Levi** espone perchè la Commissione eletta per lo studio delle riforme da consigliarsi al Comitato degli Ospizî Marini di Firenze non abbia ancora cominciati i propri lavori. Avendo Egli parlato con alcuni Rappresentanti di questo Comitato ebbe modo di sapere come esso già fosse disposto e avesse stabilito d'introdurre, almeno in parte, simili riforme. Per conseguenza gli sembrò opportuno, per un riguardo di delicatezza, il non adunare immediatamente la Commissione. Nondimeno ha voluto oggi di questa sua determinazione rendere giudice la Società. È d'avviso per altro che si debba almeno indirizzare una lettera al Comitato degli Ospizî per incoraggiarlo nella presa determinazione, indicando però al tempo stesso in modo preciso, quali sarebbero le riforme da doversi introdurre per le prime.

Questa proposta è approvata.

Il Prof. **Chiara** presenta una sua operata di amputazione utero ovarica cesarea, e il bambino estratto. Si tratta di una giovane rachitica (22 anni) nubile, primipara. La pelvi universalmente e quasi regolarmente ristretta, C. V. di 68 a 70 mm. Tenuto in conto specialissimo e la forma della pelvi e le condizioni sociali e stato civile della gestante, per la quale la sterilità sarebbe risultata un benefizio, il Professore decide di procedere al taglio cesareo modificato secondo il metodo Porro, cioè all'amputazione sopra vaginale dell'utero e delle ovaia. E questo avveniva il 13 gennaio u. s. alle 2 pom. essendo il travaglio in sull'esordio del periodo dilatante, sacco integro, funzione cardiaca del feto regolare, stato della donna ottimo. Narcosi con il cloroformio, nebulizzatori di acqua fenicata al 10 per 100. Laparotomia, poi passaggio di 4 fili di seta da sutura; incisione dell'utero in sede, estrazione del feto e annessi senza spandimento nel cavo addominale. Estratto l'utero uncinando l'angolo superiore della incisione, la si circonda rasente il margine inferiore delle ovaia con la catena di uno schiacciatore a testa mobile, che dà pronta e perfettissima emostasi. Ottenuta questa, si amputa 2 ctm. circa sopra la catena con un lungo coltello, e fatta quindi un po' di ripulitura peritoneale, si procede alla sutura: l'ultimo punto passa sotto il peritoneo uterino che viene, stringendo il filo, addossato al peritoneo parietale; compiuta la sutura si tra-

passa da destra a sinistra, e sopra la catena, la testa del moncone con un lungo ago che concorre insieme alla catena a mantenere fisso il moncone.

Questo cade dal 4° al 5° giorno grazie alla forte costrizione fatta dalla catena; in quel giorno (primo ed unico) la temperatura sale a 39°,4; l'indomani è 37°,4 e fino a guarigione completa non oltrepassa più questo grado. È probabile che l'apiressia mantenutasi durante tutta la riparazione per granulazioni dell'infundibolo lasciato del moncone sia dovuta all'uso metodico del bicloruro di mercurio al $1/2$ per 1000. Il bambino stette sempre e sta tuttora ottimamente.

La donna viene visitata internamente dal Prof. P. Pellizzari, esternamente insieme al bambino dai Soci presenti.

Il Presidente Prof. **P. Pellizzari** dichiara come si dovrebbe ora dare lettura di una comunicazione inviata dal Prof. Ceci sull'*Etiologia del colera.* Siccome però questa comunicazione è stata da pochi giorni pubblicata in Giornali Scientifici, il regolamento della Società si oppone a simile lettura.

Varî Soci emettono opinione conforme a quella del Presidente.

Il Prof. **Luciani** espone come fu a lui che il Prof. Ceci inviò la comunicazione suddetta. Ciò però accadde circa un mese innanzi, pochi giorni dopo avvenuta la precedente Adunanza. Il lungo intervallo di tempo trascorso spiega come frattanto sia stato pubblicato il lavoro del Prof. Ceci. Crede per altro che visto l'importanza dell'argomento si potrebbe non dare lettura della memoria intera, ma riassumerne in forma di conclusioni i resultati principali.

Tale proposta essendo approvata, il Segretario Dott. **Banti** fa un riassunto orale della memoria del Prof. Ceci. Per i dettagli si rimanda a quei giornali che hanno pubblicata la memoria.

Per proposta di alcuni Soci la discussione viene rinviata alla prossima Adunanza.

La Seduta è tolta a ore 2 $1/2$ pom.

V° Il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 26 APRILE 1885.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Paoli, Vecchietti, Grilli, Boncinelli, Corso, Pereyra, Levi, Luciani, Celoni, Paggi Adolfo, Pellizzari Celso, Bianchi, Nesti, Bertini, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della seduta precedente il Segretario degli Atti dà lettura della lettera seguente inviata dal Comitato degli Ospizî Marini di Firenze.

Firenze, 14 Marzo 1885.

Il Consiglio Direttivo di questa Opera pia nell'Adunanza del 9 del mese corrente prese cognizione della pregiata Nota del 4 marzo di cotesta meritissima Società Medico-Fisica Fiorentina, ed invero si compiacque conoscere quanto stia a cuore della medesima, nell'esclusivo interesse dei poveri scrofolosi e rachitici, il progressivo andamento dell' Ospizio marino di Viareggio.

Apprese inoltre con molta soddisfazione i desiderî del Chiarissimo Prof. M. R. Levi, i quali stanno in piena armonia con le belle parole da lui proferite nella Commemorazione del non abbastanza compianto Prof. Giuseppe Barellai, Commemorazione promossa dalla Società d' Igiene alla quale spetta la riconoscenza di quanti ebbero in pregio il Chiarissimo Estinto.

E poichè, per amore del vero, l'egregio Prof. Levi dichiarò che l' Ospizio marino di Viareggio fu il primo che sorgesse in Italia e ch'era d' uopo si conservasse in quel posto d'onore, mi piace ora assicurarlo che le premure dell'attuale Consiglio Direttivo non verranno mai meno, onde conservare splendida l'aureola del primato all' Ospizio in parola, al che deve anche impegnare l'Augusto Nome del Magnanimo Re VITTORIO EMANUELE II che porta in fronte per Reale graziosa Concessione.

Quanto poi alle suggerite riforme, decifrate in numero di 5, posso dichiarare che quelle segnate coi numeri 3, 4 e 5, saranno in quest'anno attuate, perchè già promosse in seno al Consiglio da vario tempo, mentre le prime due se per ora non saranno pienamente corrispondenti alle premure di chi le ha formulate, tuttavia restando per ora inalterate le due consuete spedizioni, sarà però consentita, per quelli che ne facciano richiesta, una Cura Climatica Marina per 30 giorni, per 45, e per 60, da estendersi in qualche caso anche a 65, cioè fino al chiudersi dell'Ospizio.

Ed a compimento del Mandato deferitomi dai miei Colleghi, con la Deliberazione superiormente citata, adempio al gradito incarico di porgere di-

stinte azioni di grazie a cotesta Spettabile Società per le cortesi parole verso questo Consiglio, e per il gentile pensiero delle suggerite riforme, che sebbene dal Consiglio stesso in precedenza escogitate, acquistano una maggiore importanza per essere concordate da un Consesso Scientifico ed altamente competente.

E con i sensi di speciale considerazione e di profonda stima, mi onoro dichiararmi

Devotissimo
Il Consigliere ff. di Segretario
FERDINANDO BICHI."

Il Prof. **Levi** dichiara che i buoni propositi di riforma, manifestati dal Comitato degli Ospizî Marini, si debbono ora lodare ed accettare, pur deplorando che non sia stato possibile attuare per quest'anno tutte le riforme proposte dalla Società Medico-Fisica. Però non gli sembra doversi abbandonare un'attitudine di benevola sorveglianza affinchè tutte queste riforme sieno in realtà attuate.

Il Presidente Prof. **Pellizzari** accetta l'opinione del Prof. Levi. Crede che per meglio vincolare il Comitato degli Ospizî Marini si debba inserire negli Atti della Società la lettera inviata e letta dal Segretario.

Questa proposta è approvata all'unanimità.

Ha la parola il Prof. **Levi** il quale si propone di trattare di due casi importanti di difterite e di esporre i resultati dei nuovi metodi di cura in tale malattia. Fa la storia di una prima osservazione occorsagli in una bambina di 8 anni, che fu colpita da febbre nel febbraio scorso, ed in 2ª giornata accusò dolore di gola ed ebbe arrossamento delle fauci, con oscillazioni termiche fra 39° e 39°,5, giungendo però fino ai 41 gradi. Al 3° giorno comparvero gli essudati bianco grigiastri alle fauci, e un'esantema scarlattiniforme quale non è molto raro osservare nella difterite. Mancavano invece e notevoli ingorghi glandulari e l'albuminuria.

Le alterazioni difteriche si estesero con tendenza ulcerativa, massimamente nella tonsilla sinistra. Clorato di potassa, ghiaccio, furono i mezzi di cura a cui si aggiunsero iniezioni di acqua di calce per le narici e fauci per combattere la corizza difterica insorta. Poi fu usato il tannino sciolto in glicerina, e la dieta di latte, brodo e cognac. Contro la elevazione della temperatura, lozioni di acqua fredda e aceto che giovarono e dettero euforia e calma. In questo caso fu degno di nota, osserva il Prof. Levi, l'esantema conforme a quello descritto dai Dottori Morelli e Nesti e quale al Levi medesimo occorse di verificare in altre più gravi epidemie, con i caratteri di fuggevolezza, di breve durata, e di estensione prevalente agli arti e al collo. Ne fa menzione il Jacobi, che a torto lo assomiglia alla eresipela; ne parlano Henoch, Steiner, Monti e Cadet de Gassincourt: e un lavoro speciale sugli esantemi difterici fu pubblicato nel 1884 dal Frankel, in cui si riducono a 3 forme tali esantemi: petecchiale, scarlattiniforme e papulo pustolosa o vaioliforme. Della 1ª il Prof. Levi osservò qualche esempio in gravi epidemie a Venezia; osservò molti casi della 2ª, nessuno della 3ª. Più notevole ancora in questo caso fu che sul declinare

della malattia, ripetutamente l'acqua introdotta per le narici fu veduta uscire dall'orecchio sinistro, corrispondentemente alle maggiori alterazioni della tonsilla. L'ispezione locale eseguita in unione al Dottor Grazzi non potè far constatare che un leggero grado di otite media; non si giunse a scorgere la perforazione del timpano, che pur dovevasi ammettere, e fu ammessa anche dal Grazzi. Il Professor Levi non trovò ne' trattati generali di patologia medica e pediatria, e in quelli speciali di difterite, menzione di casi simili: salvo che nel Jacobi il quale avverte che per la tromba Eustachiana i processi difterici possono diffondersi all'orecchio medio. Ma legge varie lettere dell'egregio amico suo, Dott. E. Morpurgo di Trieste, valente otoiatro, che ricorda come Tröltsch, Politzer, De Rossi ed egli stesso ne abbiano trattato. E appoggiandosi ai particolari di tali osservazioni il Prof. Levi discute brevemente sulle circostanze del fatto da lui narrato.

Il Prof. Levi parla poi del secondo caso, più lungo ed importante: venti giorni dopo uscita di camera la bambina di cui narrò prima la storia, sebbene si fossero prese le più accurate misure di isolamento e di disinfezione, un fratellino di essa di 22 mesi, (allattato dalla madre, non robusto, ma soggetto solo a renella ed a cronica e lieve congestione del fegato) fu colto da difterite: la quale esordì con diarrea, dolori addominali, inappetenza, aumento della renella nelle orine, tosse secca e starnuti per alcuni giorni. Era lo stesso processo morboso di quello della bambina? È probabile, ma non certo, poichè nella stessa famiglia eravi l'ava malata di carcinòma della mammella, sul quale in tal momento si svolgeva un processo eresipelatoso e difterico in lieve grado, e la stessa assistente di questa ammalata assisteva pure i bambini.

Da prima dopo i suddetti fenomeni si ebbe febbre e rossore cutaneo, simile ad eruzione morbillosa anomala, prevalente al tronco e agli arti: però la fuggevolezza dell'esantema e la insorgenza del dolore di gola indusse il Prof. Levi ad un insistente esame delle fauci, che svelò lieve difterite diffusa con essudati estesi, però meno gravi di quelli della sorellina. Vi si univa meteorismo, turgore del fegato, lieve aumento della milza, orine scarse e cariche di urati. Somministrato del calomelano per due giorni e adoperato il clorato di potassa, con l'acqua di calce e la glicerina tannata per spennellature, i fenomeni locali diminuirono di intensità e di gravezza. La febbre non era molto elevata nei primi giorni, ma il bambino era inquieto nelle ore di aumento febbrile e frequenti erano i sussulti tendinei, specialmente nel sonno. Perciò si adoperarono lozioni fredde che diminuivano di $^1/_2$ grado e anche di 1 la febbre; e una pozione con muschio, ottenendo così la calma, quando anche i sussulti erano più intensi.

Le condizioni si fecero sempre più gravi, il meteorismo crebbe, le scariche divennero di cattiva qualità: il latte non era tollerato in alcun modo: si prescrissero perciò piccole prese di magnesia e bismuto, e delle dosi di 10 cgrm. di antipirina ogni due ore, ottenendo abbassamento termico mite e poco durevole. Contro il meteorismo si adoperavano clisteri con 2 grm. d'olio essenziale di trementina e compresse fredde al ventre. Le gengive intanto si fecero

floscie e sanguinanti, i denti facilmente cadevano da sè all'esame un po' forzato delle fauci. Il fegato crebbe, l'essudato delle fauci si mantenne mite, la lingua era coperta da patina mucosa e da distacchi epiteliali. Vi era un ingorgo glandulare alla regione submascellare destra.

Il 4 aprile si manifestò una eresipela al piede sinistro, con aspetto di vera linfangite, rossore, turgore, calore ed edema delle parti vicine: tale eresipela accennò a prendere anche l'altro piede, ma di qui rapidamente scomparve; però si ebbe successivo turgore delle glandule inguinali: insieme sorse eresipela di ambo le mani, e un'altra con tumefazione delle glandule linfatiche alla spalla destra. Unica cura furono posche con acqua vegeto minerale, e si seguirono per l'alta temperatura e le altre condizioni le lozioni fredde, i clisteri con trementina, le bibite alcaline, una dieta nutritiva e leggera, il vino di China, dando fino a 25 ctgrm. di antipirina ogni due ore, secondo l'elevazione termica, ottenendo un abbassamento non lieve di temperatura, non costante, nè dannoso.

L' 11 aprile nei punti eresipelatosi era manifesta la fluttazione: aperti gli ascessi dal Prof. Rosati con le cautele antisettiche, ne uscì pus di buona natura, ottenendo spontaneo un lieve abbassamento termico, ma continuando l'edema delle parti, il turgore delle corrispondenti glandule linfatiche e l'indurimento dei tessuti lungo i vasi del braccio sinistro, l'anasarca generale. In questo tempo fu dato all'interno l'olio essenziale di trementina e fu bene tollerato. Per un aumento nell'arêa di ottusità cardiaca si previde una probabile insorgenza di complicanze bronco polmonari, le quali si limitarono a debole soffio bronchiale con rantoli mucosi e russanti. Nella camera del malato si fecero svolgere allora vapori di trementina, i quali quanto più erano intensi tanto più diminuiva la dispnea e la tosse. Per la scarsità delle orine (nelle quali però, eccettochè nei primi giorni, mai si ebbe albumina), e per l'edema generale, il Prof. Levi prescrisse un bagno tepido generale due volte al giorno, per 15 minuti, alla temperatura di 28°-32°-33°, con il quale otteneva abbassamenti di 1 e fin 2° e 2 $^1/_2$. Tali bagni erano alternati con l'impacco freddo per 10-15 e 30 minuti e il successivo involgimento in coperte di lana: questi impacchi abbassavano la temperatura da 1° a 2° $^1/_2$ e recavano spesso copioso sudore. In ultimo si aggiunse agli altri rimedî il salicilato di bismuto alla dose di 30 ctgrm per volta. (Qui si fanno vedere i tracciati termici del piccolo ammalato).

L'antipirina per lo più recò effetto antitermico deciso, però il Prof. Levi dichiara di non esserne partigiano, e di credere pochissimo che il chinino anche a dosi enormi sia utile come antitermico: lo stesso dice del salicilato di soda, che trovò utile solo nel caso di reumatismo articolare, e il medesimo pensa degli altri antitermici, quali l'acido fenico, che è un veleno potente specialmente per i bambini. I progressi chimici ci dettero la caïrina, l'antipirina e la tallina, le quali producono buoni effetti, ma si ingannerebbe chi credesse che dopo la loro scoperta si potessero per esse combattere tutte le malattie febbrili. L'azione della antipirina è marcata specialmente nelle febbri dei tisici: ma nelle febbri infettive poco riesce, ed è errore e grave il credere che vi sia proporzione costante fra l'altezza della febbre e la gravità del processo mor-

boso, specialmente nel tifo, nella scarlattina e nella difterite. Anzi in questa ultima si nota talora mitezza di fenomeni con elevata temperatura, e gravità di quelli con mitezza di questa.

In questi casi sono più utili le cure balneari, perchè calmano la febbre, eccitano la circolazione e la innervazione periferica, aumentano la diaforesi ed hanno azione risolutiva locale. Così il Trousseau notava i buoni servigi delle affusioni fredde nella scarlattina maligna, e ognuno conosce l'utilità delle lozioni fredde nel tifo.

Però nei bambini tali applicazioni devono farsi con prudenza, usando acqua fino a 32° C. per 15 minuti al più, ottenendo così un abbassamento fino di 2°, 2 ½ C.: tali applicazioni devono poi regolarsi secondo lo stato delle forze e sorvegliarne gli effetti.

Rispetto all'esantema osservato in questo caso il Prof. Levi dice non aver mai visto vera e propria eresipela complicare la difterite, sebbene succedano talora delle parziali eresipele, per lo più fugaci. L'Jacobi parla di eresipela nel corso di una difterite, ma la descrizione che ne dà è più quella di un esantema morbilloso. Un caso in madre che assisteva un bambino difterico ne riferì il Bitterlin. Vi è quindi forse un nesso fra la difterite e le manifestazioni eresipelatose, e può spiegarsi con l'ammettere che il principio difterico fissatosi sulle fauci, per i vasi linfatici rechi una linfoangioite primitiva; essendo come porta di entrata di quella le amigdale, onde si diffonda ai linfatici.

Stante l'ora tarda il seguito della comunicazione del Prof. Levi è rinviato ad altra seduta, che la Società stabilisce debba essere il 10 del mese di maggio.

Il Presidente dichiara aperta la Discussione sull'etiologia del Colera.

Il Dott. **Banti** accenna quanto sia importante questa discussione, e come sarebbe utile, sopratutto nelle attuali condizioni sanitarie dell'Europa, riunirla ad una estesa discussione sulla cura di quella malattia. Propone perciò, visto anche l'ora abbastanza tarda, di dedicare una seduta intera a questo importantissimo soggetto.

Questa proposta è accolta favorevolmente dalla Società.

Il Prof. **Luciani** propone d'incaricare il Dott. Banti di redigere una specie di sommario sopra questo argomento, che serva di guida alla Società nella futura discussione.

Accettata questa proposta, l'Adunanza è tolta a ore 2 pom.

V° Il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL 10 MAGGIO 1885.

Alla Presidenza il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci Signori Dott. Corso, Dott. Nesti, Dott. A. Bianchi, Dott. Faralli, Dott. Boncinelli, Prof. Luciani, Prof. M. R. Levi, Dott. Pereyra, Dott. Giuntoli, Dott. Tommasi, Dott. Bottari, Dott. A. Paggi, Dott. Celoni, Dott. G. Banti, Dott. Colzi.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Dopo approvato il processo verbale della precedente seduta, il Professore **M. R. Levi** prende la parola, continuando a parlare dei *nuovi metodi di cura della difterite.* Ritornando sul secondo dei casi esposti nella precedente adunanza, fa conoscere come altri fenomeni si siano svolti in questi ultimi tempi. Le suppurazioni stabilite in corrisondenza delle articolazioni dei due piedi e di alcune dita sono quasi affatto guarite, senza aver recato disturbi di motilità in queste parti; invece quella che si trovava alla regione clavicolare sinistra, dopo un 40 giorni circa dal suo inizio ha dato il seguente resultato. Il Prof. Rosati ha sentito sotto le mani un crepitío, che ha giudicato derivare da qualche pezzetto di osso necrosato: allora ha introdotto pel foro del tubo a drenaggio una pinzetta ed ha afferrato cotesto corpo, tirandolo fuori senza esercitare alcuna forza: estrattolo si vide uscire non un pezzetto d'osso, ma la intiera clavicola denudata completamente del periostio: adesso si cominciano già a sentire dei punti di nuova ossificazione, che fa sperare ad una sostituzione più o meno perfetta della clavicola uscita. Il Prof. M. R. Levi esamina quindi la cura adoperata in questi due casi e in genere la cura della difterite; dice come i pratici abbiano quasi tutti abbandonato l'uso delle cauterizzazioni con nitrato d'argento, perchè non utili, ma dannose. Osserva come i mezzi che meglio corrispondono in tal terapia e che oggi sono adottati in Germania ed in Francia, come pure da molti medici italiani, sono le irrigazioni ripetute, le inalazioni e la cura tonica. Le irrigazioni si fanno per le narici sia con acqua di calce, sia con lievi soluzioni antisettiche, escluso però l'acido fenico che nei bambini produce rapidi fenomeni d'intossicamento. Le inalazioni si fanno o con acqua di calce tepida, o con acqua e trementina o con trementina sola: l'olio essenziale di trementina però egli l'adopera più volentieri a mo' di vapori nella stanza del malato, in modo continuo. Un buon metodo è quello di tenere quest'olio in recipienti a bagno maria e dirigere per mezzo di coperture i vapori verso il malato, il quale così si trova in mezzo ad una atmosfera carica di questa sostanza. Rammenta averlo egli dato anche per bocca, alla dose di un cucchiaino da caffè per volta, due o tre volte al giorno,

senza che recasse disturbo alcuno nè generale nè locale. A questo proposito cita il caso di sei bambini, cui fu fatta in quest'anno la tracheotomia per croup nella clinica pediatrica, nei quali si ebbero cinque successi; nell'unico caso, che ebbe esito letale, si trovarono alla necroscopia abbondanti manifestazioni tubercolari al polmone ed ai visceri addominali. In quei cinque casi, tre erano manifestamente di difterite, sia pel decorso della malattia, sia per le apparenze della località, sia per essersi riprodotta la difterite in piaghe esterne. — Come cura generale usa di dar soltanto sostanze toniche, come vino di China, infusi di poligola con muschio e canfora a piccole dosi e cognac: adopera insieme una dieta leggera, ma sostanziosa, composta di uova, brodo e latte. Poco si serve degli antipiretici, i quali sono sempre un veleno più o meno potente del cuore; quindi raramente adopera il chinino e solo in casi di decisa intermittenza della febbre: poco l'antipirina, sebbene questa sostanza non sia affatto da dispregiarsi e utile nella febbre etica specialmente: nulla affatto la cairina, il salicilato di soda ecc. Piuttosto ricorre volentieri al bagno freddo, alle frizioni fredde con acqua e aceto, all'impacco freddo ripetuto ogni una o due ore e seguito dall'involgimento in coperte di lana. L'effetto massimo antitermico si ottiene dal bagno freddo, poi vengono le frizioni e l'impacco. Nei due casi narrati e specialmenle nell'ultimo il benefizio da questa cura fu manifesto.

Il Dott. **Tommasi** osserva non aver sentito rammentare al Prof. Levi la papaina, la quale è stata molto vantata dai medici francesi.

Il Prof. **Levi** rispondendo dice non avere esperienza personale in proposito, ma a priori dovere concludere, che essa agendo solo sulle membrane, manifestazione parziale della malattia, dee essere di utile assai limitato, come tante altre sostanze di eguale azione.

Il Prof. **Luciani** pure rammenta quanto la papaina sia stata vantata dai medici francesi e come si tenga alla utilità di potere distruggere le membrane difteriche con questa sostanza.

Il Dott. **Bianchi** osserva aver egli fino da due anni fa istituite esperienze di confronto fra la papaina e il latice del fico comune ed aver veduto che questo gode di molte delle proprietà di quella, per cui le potrebbe essere buon succedaneo anche in tal trattamento: si propone di proseguire gli esperimenti in proposito.

Il Dott. **Nesti** prendendo in esame i due casi presentati dal Prof. M. R. Levi dichiara di volersi fermare specialmente su tre cose: cioè sulla eruzione in uno di essi verificata, sulla condizione dell'orecchio nell'altro caso e sulle modalità della cura. Circa le eruzioni, ei vide per lo più accompagnare la difterite, sebbene raramente, eruzioni simili a roseola o a scarlattina, mai simili a petecchie; queste vide solo in casi gravi e mortali, quando le petecchie erano l'espressione della alterazione generale dell'organismo: quindi le eruzioni scarlattiniformi o roseoliformi sono iniziali; quelle a petecchie, finali. Non rammenta di aver veduto casi di ascessi multipli periarticolari, come quelli narrati dal Prof. M. R. Levi e inclina a credere che possano essere stati piuttosto una complicanza, che una derivazione della infezione difterica.

Circa alla perforazione temporaria del timpano, che il Prof. M. R. Levi asserisce aver veduta nel primo caso, egli non la crede di molta importanza, sia perchè l'esame otoscopico non potè rivelare alcuna soluzione di continuo nella membrana del timpano, sia perchè per l'avanti non ci si era assicurati che tale perforazione preesistesse, sia perchè mal si spiega una ripetizione della malattia difterica sì grave da rompere il timpano senza che vi fossero fenomeni precedenti e senza che si avesse indebolimento notevole dell'udito, poichè il lieve grado di sordità che fu constatato poteva tenere ad un catarro dell'orecchio interno. Riguardo poi alla cura, il Dott. Nesti osserva di trovarsi pienamente d'accordo col Prof. M. R. Levi, però deve rammentare che in quest'anno le difteriti non hanno avuto una notevole gravità: dice avere egli stesso adoperato e con successo l'olio essenziale di trementina o per bocca, sempre ben tollerato, o per inalazione, per vapori svolti nella camera del malato: condanna ei pure l'uso dei caustici locali e conviene nell'utilità della cura tonica e della buona e leggera nutrizione.

Il Prof. **M. R. Levi** replica dicendo che egli ammetteva la derivazione degli ascessi del principio difterico, che si aveva nell'organismo del bambino, come si ammette che possa aversi una nefrite difterica e come si crede sopravvenire una paralisi non raramente dopo la difterite. Circa poi alla perforazione della membrana del timpano nel primo caso, ei la crede pure dovuta al processo difterico e che se all'otologo non fu possibile vederla, può essere derivato dal fatto che la bambina era irrequieta e mal si prestava all'esame. Osserva come il vedere uscire un getto di liquido dall'orecchio quando si facevano le irrigazioni nasali era la prova migliore di tale perforazione. Circa poi all'esser questa preesistente nulla può dire non avendo prima esaminata la bambina, ma gli sembra non facile ad ammettersi, perchè il fatto non si è dopo più ripetuto e nel tempo stesso si sono dileguati i fenomeni di lieve sordità che per l'avanti la bambina non aveva affatto avuti. Intorno poi alla poca gravità della difterite in quest'anno ei non la può ammettere, avendo veduto fuori di clinica casi gravi e mortali di difterite e avendo avuto alcuni dei casi della clinica stessa andamento lungo e grave essendosi anche sugli impiagamenti esterni riprodotta la forma difterica, per l'infezione generale. Raccomanda poi al Dott. Nesti di volere ancor tentare su larga scala l'uso della trementina che egli ha trovato di tanta utilità e di nessun danno, sia data per bocca, che per inalazioni.

Il Dott. **Nesti** rimane dubbio sempre intorno alla questione della perforazione del timpano nel primo dei casi narrati e circa gli edemi descritti dal Prof. Levi nel secondo caso, crede più che alla infezione difterica ad una infezione di eresipela presa insieme a quella difterica, essendovi, come ci ha detto il Prof. M. R. Levi, nella casa una malata di difterite e eresipela e di un impiagamento.

Il Dott. **Colzi** rammenta come nel rene si trovino alterazioni difteriche gravi nelle forme di infezione difterica e che queste alterazioni han dato luogo alla forma clinica di nefrite difterica, che si constata spesso alla necroscopia nei suoi ultimi effetti.

Il Prof. **M. R. Levi** ammette che infatti il processo difterico come si localizza sulla mucosa orale e laringea, possa localizzarsi nel rene, via di secrezione di tutti i materiali dannosi all'organismo, ma non potere nel caso particolare narrato convenire che gli edemi stessi si dovessero a nefrite essendo nelle orine scarsissima e fugace l'albumina e solo nei primi giorni, nè poter credere che si trattasse di doppia infezione di eresipela e di difterite, perchè, sebbene sia impossibile negare addirittura tal caso, pure repugna meno il credere l'edema, il rossore eresipelatoso e le successive suppurazioni derivate dalla stessa infezione difterica, che non da altre cagioni più complesse e più dubbie.

L'adunanza è levata alle ore 3 pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Vice Segretario
Dott. Aurelio Bianchi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 5 LUGLIO 1885.

Alla Presidenza, il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Faralli, Grazzi, Bargioni, Bianchi, Boncinelli, Pellizzari Celso, Bertini, Luciani ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Dott. Grazzi.

Il Dott. **Grazzi** per dimostrare la possibilità di disastri ferroviarî riferibili a malattie degli orecchi negli impiegati e l'importanza dell'argomento che ha preso a trattare, incomincia con ricordare in quali circostanze si adoperano i segnali acustici nella direzione dei treni. La corrispondenza fra i diversi impiegati di un convoglio in cammino (macchinista, fuochista, capotreno e frenatori) si compie esclusivamente per mezzo dei segnali acustici, e se questi non sono uditi sollecitamente e con precisione, possono avvenire gravissime disgrazie. Un primo e delicato rumore prodottosi nei congegni della macchina percepito in mezzo a tanto frastuono può esser l'indizio di qualche guasto interno, al quale si può riparare se l'orecchio fine del macchinista lo apprezza sollecitamente. Inoltre sono in uso molti segnali acustici, quali le capsule esplodenti da adoprarsi nei casi di fitte nebbie, di nevi, o quando non si possono eseguire i segnali colorati o luminosi; e per i cantonieri, i campanelli elettrici, gli apparecchi telefonici ecc. Ricorda quindi alcuni disastri ferroviarî attribuiti a difetto funzionale degli organi uditivi dei macchinisti, quali quello di Asciano, avvenuto il 12 aprile 1862, e quello di Cannemburg riferito dal Prof. Moos di Eidelberga.

Il Grazzi riferisce quindi alcune considerazioni e racconta fatti ed esperienze messe in opera per dimostrare che tutti gli impiegati alla direzione dei treni sono più disposti di qualunque altra classe d'operai alle malattie degli orecchi, che trova tanto più pericolose perchè si sviluppano lentamente, senza fenomeni morbosi gravi e possono con facilità essere dissimulate. Fra le cause che predispongono i macchinisti ed i fuochisti a contrarre malattie auricolari, oltre i fischi ed i rumori continui che esercitano una nociva influenza sull'apparecchio di trasmissione e di percezione dei suoni, vi sono pure le cause reumatizzanti alle quali si espongono questi impiegati, e la respirazione del fumo e della polvere che facilitando lo sviluppo di affezioni catarrali delle fosse nasali e della faringe producono pure con facilità le otiti catarrali per propagazione di malattia per la via della tuba eustachiana.

Nelle statistiche redatte dai medici delle ferrovie riguardanti le affezioni morbose alle quali vanno incontro gl'impiegati in genere ed i macchinisti in specie, le malattie dell'orecchio non figurano in una rilevante proporzione perchè queste raramente sono causa dell'assenza dell'operaio dal servizio; trattandosi per lo più di affezioni lente, non dolorose, nè febbrili, è difficile che i malati ricorrano ai consigli dei medici sociali. Inoltre gl'impiegati cercano di nascondere questi difetti sapendo che possono nuocere alla loro carriera, ed alcune volte non ne parlano col medico agendo in buona fede perchè gli stessi malati in certi casi non sanno giudicare il grado di funzionalità dei loro organi uditivi.

I mezzi per rendere più difficili i disastri ferroviarî riferibili a malattie degli orecchi degli impiegati dovranno essere *regolamentari*, *igienici* e *curativi*, e dopo essersi trattenuto a parlare dei medesimi, il Grazzi termina la sua lettura dicendo che spera di non aver fatto opera vana prendendo ad illustrare questo argomento perchè d'ora in avanti le Società ferroviarie ed i loro distintissimi medici sorveglieranno con una diligenza anche maggiore di quella fin qui in uso, gli organi acustici degli impiegati e degli ammittendi.

Il Dott. A. **Bianchi** fa quindi una comunicazione sopra *la trepidazione ed i riflessi tendinei considerati nella tabe dorsale*, distinguendo fra la tabe dorsale semplice, o atassia locomotrice, e la tabe dorsale spasmodica, o paralisi spinale spastica dello Charcot. Egli appoggiandosi su fatti clinici ne deduce che sebbene in genere la trepidazione ed i riflessi si trovino aumentati nella forma spasmodica di tabe dorsale e diminuiti o scomparsi in quella semplice, pure possono aversi rare eccezioni a tal regola e anche nello stato di apparente buona salute osservarsi fenomeni di esagerata o diminuita trepidazione e di esagerati o diminuiti riflessi tendinei. Presenta un tracciato grafico della trepidazione e dei riflessi della rotula e del piede tolto ad un malato di lesione spinale da malattia delle ultime vertebre dorsali e che offre il quadro fenomenologico della tabe dorsale spasmodica. Fa notare infine l'anacrotismo costante che si osserva nel tracciato della trepidazione e che sparisce allorchè avviene il fenomeno del ginocchio e del piede. Ne conclude che l'assenza del riflesso rotulieno e del piede non può da sola bastare a far diagnosi di tabe dorsale semplice, nè la sua esagerazione unita alla esagerazione dei riflessi quella di tabe dorsale spasmodica: sono di aiuto solo a convalidare una diagnosi di tali forme morbose.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Grazzi. Nessuno prendendo la parola si apre la discussione su quella del Dott. Bianchi.

Dopo una breve discussione sopra i sintomi e le alterazioni anatomiche della tabe dorsale spasmodica, alla quale prendono parte il Prof. Luciani, il Dott. Bianchi e il Dott. Banti, la Seduta è tolta a ore 2 e mezzo pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 12 LUGLIO 1885.

Alla Presidenza, il Prof. P. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Faralli, Boncinelli, Nesti, Bianchi, Eccher, Brigidi, Pellizzari Celso, Bargioni, Luciani, Celoni, Paggi Adolfo, Tommasi, Chiara, i Soci Corrispondenti nazionali Professori Romiti e Ceccherelli, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Dott. **L. Nesti** il quale parla dell'albuminuria nella difterite.

Il Prof. **A. Eccher** presenta un nuovo modello di termometro clinico, nella cui scala è compreso lo 0°, ciò che permette di verificarne quando si voglia l'esattezza, immergendolo nel ghiaccio in fusione. Per non rendere il termometro troppo lungo, esiste una dilatazione nel tubo capillare al di sopra dello 0°, che tiene luogo della lunghezza del tubo interposta tra lo 0° stesso e +30°.

Il Prof. **D. Chiara** espone la storia di due donne da lui operate con felice successo per fibroma uterino e presenta le operate alla Società.

Aperta la discussione sulle comunicazioni precedenti e nessuno prendendo la parola, l'Adunanza è tolta a ore 2 pom.

Visto *Il Presidente*
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

ANNI ACCADEMICI

1885-86 1886-87 1887-88 1888-89 1889-90 1890-91
e Gennajo 1892

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
1893

ATTI

DELL' ACCADEMIA MEDICO-FISICA

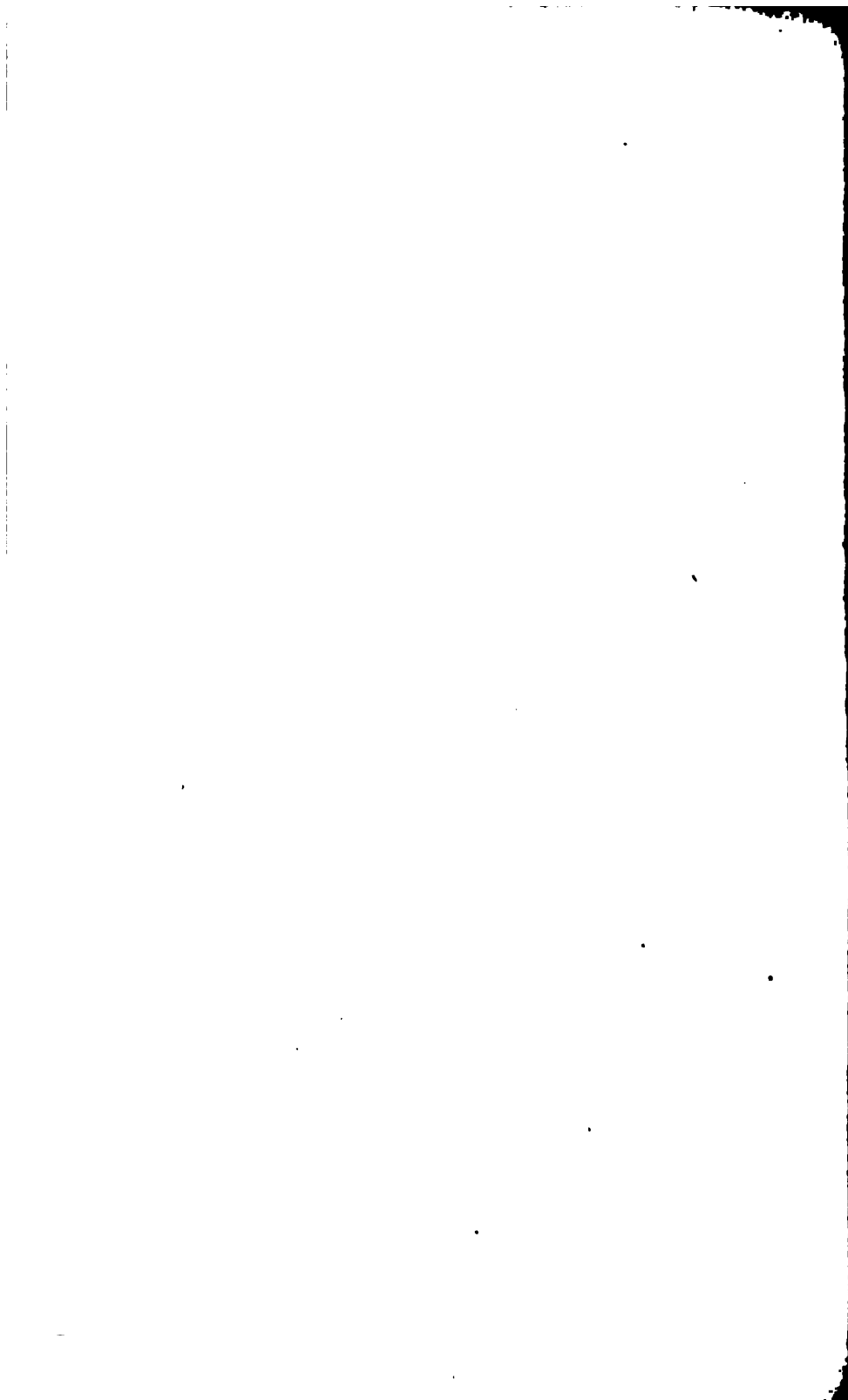
FIORENTINA

ANNO ACCADEMICO 1885-86

PRESIDENZA

PELLIZZARI Comm. Prof. PIETRO,	*Presidente*
LUCIANI Cav. Prof. LUIGI,	*Vice-Presidente*
BANTI Dott. GUIDO,	*Segretario degli Atti*
BIANCHI Cav. Dott. AURELIO,	*Vice-Segretario*
ZANNETTI Dott. RAFFAELLO,	*Segretario delle corrispondenze*
BARGIONI Cav. Dott. GUSTAVO,	*Cassiere*

DEPUTAZIONE CONSERVATRICE

FARALLI Cav. Dott. GIOVANNI, *Presidente*
MARCACCI Cav. Dott. GIORGIO, *Segretario*
TURCHINI Dott. GIUSEPPE
CELONI Cav. Dott. PIETRO
NESTI Cav. Dott. LEOPOLDO

ACCADEMIA MEDICO-FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA DEL 7 FEBBRAIO 1886.

Alla Presidenza, il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente*.

Sono presenti i Soci: Tommasi, Chiara, Giuntoli, Pellizzari Celso, Colzi, A. Bianchi, Urbino, Boncinelli, Fasola, Luciani, Grazzi, Bargioni, A. Paggi, Marcacci, Bottari e il Segretario degli Atti.

Il Dott. **Tommaso Tommasi** comunica verbalmente la storia sommaria di un caso di *grave disfagia di natura isterica in un giovinetto.*

Dice che il giovane L. P., di Empoli, è nato nel 1869; il padre e gli zii sono tutti sani e robusti; la madre è linfatica nervosa, di poca resistenza organica; il giovane ebbe affezioni bronchiali e cinque anni fa andò soggetto a reumatismo articolare che durò varii mesi. Il malato era intelligente e studioso; si ammalò di dolore all'articolazioni e di affezione bronchiale con febbre, che durò pochi giorni, il 14 settembre 1885; poi ebbe tendenza al vomito, inappetenza e difficoltà ad inghiottire più di tre o quattro cucchiaiate di brodo per volta, dolore epigastrico, e sempre crescente avversione al cibo. Il dì 8 novembre cessò del tutto la deglutizione di qualunque alimento e il Dottor Tommasi passò per la prima volta la sonda esofagea il dì 11 novembre, facendola continuare dal medico curante Sig. Dottor Pini due o tre volte per giorno. Siccome la disfagia persisteva sempre, il Dott. Tommasi volle avere anche il parere del Prof. Federici, il quale confermò la diagnosi già fatta di disfagia di natura isterica. Questa rimase confermata dal fatto che il 12 dicembre dopo un profondo abbattimento il malato si risvegliò potendo deglutire benissimo acqua e un mezzo bicchiere di latte, cosa che fu possibile anche la mattina del giorno 14. D'allora in poi la deglutizione tornò impossibile e si ha più che disfagia, afagia; nalgrado che il malato tenga quasi di continuo varie sostanze nutritive in occa, che egli, peraltro, assicura di non mai deglutire. Però il Dott. Tomnasi avverte che nei primi tempi in cui si cominciò la lavatura dello stonaco, prima con sostanze alcaline, poscia con l'acqua cloroformizzata, fu ricontrata la presenza di qualche frammento di sostanza tenuta in bocca dal nalato.

Questo stato continua sempre sebbene sia stata sperimentata tutta una serie di antispasmodici, l'elettricità, tanto galvanica che indotta, la cocaina, il bromuro di potassio ecc. Adesso da circa 20 giorni, dalle 3 alle 7 pomeridiane il malato resta come insensibile, prostrato, sebbene abbia la respirazione normale con polso e colorito della faccia pure normali.

Il Dott. Tommasi conclude la sua comunicazione col dichiarare che renderà informata la Società dell'esito di questa malattia che acquista gravezza dal fatto della sua continuazione dal dì 8 novembre a tutto il presente giorno 7 febbraio 1886.

Il Dott. **Fasola** ha la parola sopra un caso di *vomito incoercibile in donna operata di ovaro-salpingectomia.*

Il Dott. Fasola ricorda una delle conclusioni del Professor Chiara intorno alla menopausa artificiale o chirurgica come cura dei fibromiomi dell'utero e dei disturbi che si associano a codesti tumori, e fa quindi la storia della sua operata di ovaro-salpingectomia.

È donna di 35 anni, maritata, pluripara; malata, dopo l'ultimo parto avvenuto da tre anni circa, di metrite cronica con residui di ovarite, di periovarite e di salpingite; e che ha menorragie e metrorragie, le quali si presentano con gravi turbe nervose isteriche e con dolori, che le rendono insopportabile la vita. Dopo molti ed energici tentativi di cura conservativa, tutti riusciti senza vantaggio duraturo, è operata della castrazione, che l'ammalata domandava con insistenza, e di cui essa conosceva bene lo scopo, la probabilità soltanto di riuscita e la gravità.

L'operazione veniva praticata il 15 gennaio ultimo scorso. In essa due particolari: la difficoltà di estrarre un'ovaia, coperta da essudati di antica data; e leggiera irregolarità del taglio in un punto della superficie del peduncolo, causata dal coltello poco tagliente, perchè stato immerso per più di un'ora in una soluzione fenicata al 10 per %.

In seguito alla operazione la temperatura si mantenne regolare fino al quinto giorno: dal quinto giorno fino al decimo abbassamento notevole e costante: polso piccolo, frequente; respiro anche frequente. Gli altri fenomeni morbosi che dominano il decorso clinico sono: il vomito ostinato, e la intolleranza assoluta del ventricolo ad ogni sostanza ingerita fin dai primi momenti dopo l'operazione; gli accessi isterici con delirio e leggieri deliquii. Nella impossibilità di riparare alle perdite e al prosciugamento dell'organismo, tutta l'economia partecipava alla sofferenza determinata del vomito incoercibile, e 10 giorni dopo l'operazione la povera malata cessava di vivere nello stadio così detto algido, in piena coscienza di sè: il vomito era scomparso da qualche ora.

Nulla all'autopsia che mostri la causa della morte: le anse intestin superficiali sono tinte in rosso-scuro da sangue; raccolta di circa 30 c. c. sangue nella tazza pelvica, venuto dal peduncolo: l'emorragia doveva esse recente, non da più di un paio di giorni.

Il Dott. Fasola analizza il caso, e, per via di eliminazione, viene a dedur che il vomito era simpatico o riflesso, determinato dalla costrizione del pedu

colo formato nella ovaro-salpingectomia, e quindi dalla compressione, dallo stiramento, dalla torsione dei filamenti nervosi in esso peduncolo compresi. Riferisce al vomito incoercibile la causa della morte: non vi prese alcuna parte la emorragia assai moderata (30 c. c. di sangue), e fattasi due giorni prima della catastrofe.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Tommasi e nessuno prendendo la parola, si passa alla discussione della comunicazione fatta dal Dott. Fasola.

Il Dott. **Banti** concorda pienamente nelle considerazioni esposte dal Dottor Fasola. Gli sembra per altro che il caso narrato possa servire di conferma all'idea che l'istero epilessia molte volte non abbia il punto di partenza dalle ovaie e perciò nella cura della nevrosi sia inutile la castrazione. Infatti nella donna operata dal Dott. Fasola gli accessi convulsivi continuarono fortissimi anche dopo l'estirpazione delle due ovaie. Domanda al Dott. Fasola quale influenza sulle manifestazioni isteriche abbiano esercitato le altre castrazioni eseguite nella Clinica Ginecologica.

Il Dott. **Fasola** replica che nel caso da lui esposto appariva pienamente giustificata la castrazione, in quanto che tutta la sintomatologia sembrava attestare l'influenza delle ovaie sulle manifestazioni isteriche. Aggiunge che negli altri due casi di ovariotomia doppia per isterismo il successo fu completo.

Il Prof. **P. Pellizzari** ricorda tre casi di ovariotomia doppia eseguiti dal Sims sopra donne a lui note e affette da istero epilessia. In due si ebbe per poco tempo miglioramento dei sintomi nervosi, ma in breve riapparvero tutti quanti i fenomeni dell'istero epilessia. Nella terza si ebbe guarigione completa e duratura, ma i sintomi isterici erano stati sempre così leggieri che il Prof. Pellizzari è persuaso che si sarebbe potuto ottenere ugualmente la guarigione senza ricorrere ad atti operatorii. Da tali fatti Egli ha acquistato la convizione dell'inutilità dell'ovariotomia come cura radicale dell'istero epilessia.

Il Dott. **Banti** nota come la presenza dell'isteria nell'uomo dimostri la poca influenza delle ovaie nello sviluppo della nevrosi. In questa malattia è specialmente da considerarsi lo stato dei centri nervosi i quali presentano una disposizione, una eccitabilità particolare e reagiscono in modo anomalo per gli eccitamenti periferici. Esistendo questo stato, eccitamenti provenienti da qualunque parte del corpo ed anche dalle ovaie possono produrre sintomi isterici. Messa in chiaro la provenienza degli stimoli delle ovaie, si comprende che l'ovariotomia possa portare la guarigione radicale, come nei casi di epilessia riflessa periferica. Però anche in queste circostanze l'operazione può riuscire inutile, quando l'alterazione dei centri nervosi siasi resa più profonda ed essi siano divenuti capaci di per sè stessi, anche tolto lo stimolo periferico, di funzionare in modo anomalo. Bisogna quindi distinguere i fenomeni isteroidi mantenuti da lesioni periferiche, dalla vera e propria istero epilessia.

Il Dott. **Fasola** analizza il caso da lui narrato, ricorda come i disturbi isterici si presentassero durante l'epoche mestruali; come all'esame diretto le

ovaie apparissero alterate e la loro compressione determinasse fenomeni nervosi. Perciò era giustificato il ritenere che dalle ovaie partisse lo stimolo che manteneva l'isteria: in tale supposto era razionale il ricorrere alla castrazione che sopprimeva la parte da cui partiva l'eccitamento. Del resto riconosce giuste le osservazioni fatte dal Prof. Pellizzari e Dott. Banti in quanto l'ovariotomia doppia non si debba considerare come cura generale dell'istero epilessia, ma solo come cura di alcuni casi di questa nevrosi.

Il Dott. **T. Tommasi** riferisce come in un caso di ovariotomia doppia eseguita dal Dott. Catani per istero epilessia, si ebbe cessazione dei fenomeni nervosi fino alla morte.

Il Dott. **Banti** domanda dopo quanti giorni dall'atto operatorio avvenisse la morte.

Il Dott. **Tommasi** risponde d'ignorarlo.

Il Prof. **P. Pellizzari** e il Dott. **G. Banti** dichiarano che con le osservazioni da loro fatte non intesero affatto muovere critiche al caso riferito dal Dott. Fasola: essi vollero solo aprire una discussione in genere sulla castrazione considerata come cura radicale dell'istero epilessia.

Il Dott. **A. Paggi** ricorda come in un caso d'istero epilessia in Inghilterra fosse eseguita la semplice laparotomia senza toccare le ovaie: nondimeno si ebbe un buon resultato. Ciò dimostra che le guarigioni per castrazione non si debbono sempre all'avere estirpato le ovaie.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL 21 FEBBRAIO 1886.

Alla Presidenza, il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente*.

Sono presenti i Soci: Paoli, Boncinelli, A. Bianchi, Luciani, Tommasi, Tafani, Colzi, Urbino, Paggi Adolfo, Brigidi, Bottari, Faralli, Bajardi, Chiara, Zannetti ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Dott. **A. Bianchi** per dire intorno *alla vita scientifica del Prof. M. R. Levi*, clinico medico delle malattie dei bambini nell'Istituto di Firenze. Dopo avere tracciate alcune generalità intorno al carattere ed alle idee dell'illustre medico, parla delle sue opere per l'utile dei bambini malsani o malati, del suo metodo di insegnamento nella clinica e dei suoi scritti. Rammenta come al Prof. Levi si deve in gran parte la istituzione dell'ospizio marino veneto, e la buona sistemazione della Clinica Pediatrica di Firenze, la prima e la sola che oggi esista in Italia. Fa conoscere come l'insegnamento fosse dato e al letto del malato e all'ambulatorio e con lezioni cattedratiche. Rammenta i metodi curativi più adoperati dal Professor Levi e fra gli altri i felici esiti ottenuti con la tracheotomia nella cura del croup. — Conclude, augurando che l'insegnamento della Clinica Pediatrica sia continuato in Firenze, e che la scuola nostra conservi memoria durevole delle opere e degli ammaestramenti del Prof. M. R. Levi.

Ha la parola il Dott. **A. Paggi**, il quale compiange l'immatura morte del Prof. M. R. Levi, e rammenta la sua straordinaria attività e l'interesse che prendeva anche per i piccoli ammalati accolti nella sezione chirurgica della Clinica Pediatrica di Firenze. Quindi brevemente riassume l'istoria di due casi osservati in detta clinica.

I° caso. — Bambina di 12 anni, di aspetto abbastanza florido, con ossa lunghe, diritte, ma affette da doppio ginocchio valgo prevalente a destra. Il 14 novembre 1885 fu dal Dott. Paggi eseguita su questo lato l'osteotomia alla maniera del Macwen e fu corretta la deformità. La ferita si riunì di prima intenzione; la temperatura fu sempre normale, se si eccettui un lieve 'nnalzamento verificatosi nel giorno successivo all'operazione. Il 28 gennaio 881 la bambina abbandonava la Clinica perfettamente guarita.

II° caso. — Il 24 dicembre 1885 viene accolto nella stessa Clinica Pediarica un bambino di otto giorni, il quale presenta l'arto sinistro accorciato e l di sopra del malleolo interno della gamba sinistra offre un'intumescenza nolto resistente; il piede di questo lato è fortemente flesso in modo che la

faccia dorsale di esso tocca la faccia anteriore della gamba. La madre del bambino è primipara e racconta che all'ottavo mese di gravidanza cadde sul dorso scivolando da una lunga scala: il parto però avvenne a termine, fu naturale e in presentazioni del vertice. Si fa la diagnosi di *callo deforme per frattura sopramalleolare intrauterina*, e si applica una ferula del Desault con trazione elastica e poi una fasciatura di flanella con pressione graduata sul callo. Con questi ed altri mezzi si riuscì in meno di un mese a ridurre il piede in buona posizione, a diminuire l'intumescenza prodotta dal callo, insomma a fare scomparire quasi completamente la deformità sopra descritta.

Il Dott. Paggi presenta ambedue gli ammalati.

A proposito della comunicazione del Dott. Paggi, il Prof. D. Chiara racconta la storia di una ferita intrauterina guarita. Una donna, giunta quasi al termine della gravidanza, nel cadere da una scala si fece con un rottame di bottiglia una ferita al ventre: oltre le pareti addominali, vi fu ferita dell'utero, della placenta e del feto. Il medico non riconobbe che la ferita delle pareti addominali e ne praticò la sutura. Nonostante, il parto avvenne felicemente dopo qualche giorno. Il Prof. Chiara vide il bambino circa due settimane dopo la nascita e ne constatò al fianco la ferita cicatrizzata.

La seduta pubblica è tolta a ore 2 pomeridiane.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL 14 MARZO 1886.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente*.

Sono presenti i Soci: Faralli, Tommasi, Turchini, Luciani, Bianchi, Bottari, Boncinelli, Brigidi ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, il Dott. **G. Faralli** legge una comunicazione inviata dal Socio Dott. **P. Sonsino**, nella quale questi rende conto di una visita da lui fatta a Massaua e riferisce varii particolari sopra alcune malattie ivi dominanti.

Dopo una breve discussione cui prendono parte il Prof. Brigidi, il Dott. A. Bianchi e il Dott. Faralli, l'Adunanza è tolta a ore 2 pom.

V° il Presidente
Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. GUIDO BANTI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL 28 MARZO 1886.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Luciani, Tafani, Brigidi, Boncinelli, Faralli, Tommasi, Bottari, Paggi Adolfo, Marcacci, Fasola ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Dott. **Vittorio Marchi**, presentato alla Società dal Prof. Luciani. Egli comunica le sue *ricerche sulle degenerazioni consecutive all'estirpazione totale e parziale del cervelletto.* Il materiale di studio proveniva da sei cani e tre scimmie operati dal Prof. Luciani. Il metodo di ricerca consiste nell'immergere per 5-6 giorni pezzetti della grossezza di 1 ctm., già induriti nel bicromato di potassa, in una miscela di una parte di soluzione d'acido osmico 1 % e di due parti di liquido del Müller. Questo miscuglio ha la proprietà di colorire in nero intenso le goccie di mielina che vanno disgregandosi dalle fibre nervose in preda a degenerazione.

I resultati ottenuti sono i seguenti.

In seguito all'estirpazione totale del cervelletto si ha sclerosi diffusa della sostanza grigia che circonda i fasci piramidali; atrofia delle fibre trasversali del ponte che sono in rapporto con i peduncoli cerebellari medi; sclerosi della sostanza grigia delle olive tanto superiori che inferiori; infine degenerazione di tutti i peduncoli cerebellari, compresovi il fascio cerebellare diretto del Flechsig. Rimangono normali il fascio piramidale diretto o anteriore, e i nuclei di sostanza grigia del pavimento del 4° ventricolo.

In questi casi di estirpazione totale del cervelletto, la sclerosi essendo molto diffusa, il Dott. Marchi non ha potuto distinguere i rapporti dei diversi fasci cerebellari, ad eccezione del fascio cerebellare diretto del Flechsig, che è riuscito a seguire isolato lungo il midollo spinale. Soltanto deve tenersi conto del fatto importante della sclerosi della sostanza grigia delle piramidi e delle olive, inquantochè mostra i rapporti strettissimi che essa ha col cervelletto.

Più interessanti invece sono le alterazioni riscontrate nei tre casi in cui era estirpata la metà soltanto del cervelletto. In essi ha trovato una sclerosi diffusa nella metà corrispondente alla lesione, e in gran parte di fibre della metà opposta del ponte e midollo allungato. Nella degenerazion del peduncolo cerebellare superiore si nota un fatto importante, cioè: le fibre di detto peduncolo degenerato, lungi dall'incrociarsi completamente come è ammesso in generale dagli osservatori, con quelle del lato sano,

parte mantengono una linea retta per perdersi in seguito nel nucleo di Stilling dello stesso lato della lesione. Questo fatto era già stato preveduto dal Prof. Luciani fondandosi sui fenomeni presentati in vita dagli animali.

Infine il Dott. Marchi descrive le alterazioni consecutive all'estirpazione del lobo medio, dalle quali resulta che la degenerazione è bilaterale e si circoscrive soltanto a certi determinati fasci di fibre; cioè al fascio cerebellare diretto, ai nastri del Reil, alle fibre arciformi e a molte fibre dei fasci piramidali. Oltre a ciò Egli espone dei fatti che crede nuovi e che perciò riferisce con riserva per le scarse osservazioni, riservandosi di estendersi maggiormente dopo l'esame di nuovo materiale che sta preparando nel laboratorio del Prof. Luciani. Questi fatti consistono in una degenerazione di parecchie fibre costituenti i nervi craniensi e di alcune fibre delle radici spinali anteriori. I nervi in cui spicca più specialmente l'alterazione sono il 3°, 5°, 6°, 7°, 8°, 10°, 12°. Però i nuclei d'origine di questi nervi mostransi d'aspetto normale, e le fibre che direttamente ne partono non offrono traccia di degenerazione, la quale incomincia nel loro ulteriore decorso in vicinanza del punto di loro emergenza. È quindi probabile che le fibre degenerate provengano direttamente o indirettamente dal cervelletto, e che si associno ai fasci dei nervi cranici, nonchè alle radici spinali anteriori, al di là dei loro nuclei d'origine.

Nessuno prendendo la parola sulla comunicazione del Dott. Marchi, la seduta pubblica è tolta a ore 2 pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 11 APRILE 1886.

Alla Presidenza, il Prof. Pietro Pellizzari, *Presidente*.

Sono presenti i soci Bajardi, Colzi, Boncinelli, Bianchi, Chiara, Giuntoli, Fasola, Paggi Adolfo, Faralli, Tommasi, Brigidi, Sonsino, Socio Corrispondente, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente adunanza, ha la parola il Prof. **D. Chiara**, il quale presenta due donne operate nella clinica ostetrico-ginecologica di Firenze. — In una, sposa di 22 anni, primipara, fu eseguita il 13 marzo la laparotomia per la escisione di grosso sarcoma (diagnosticato) dell'ovajo destro, pesante sette chilogrammi. — L'incisione richiesta nella parete addominale fu di 22 ctm. Il tumore aveva contratto aderenza estesa con il legamento largo sinistro: non potendo sciogliere l'adesione, fu fatto un grosso peduncolo sul legamento e tolta l'aderenza col coltello incandescente a 1 $^1/_2$ ctm. sopra il laccio. — Coll'omento enormemente ipertrofizzato il tumore aveva pure larga e forte adesione a sinistra. — L'omento fu segmentato in tre parti, allacciato e resecato a 6 ctm. circa di distanza dal tumore mediante il coltello incandescente del Paquelin.

L'ovajo sinistro sano non fu toccato.

Il decorso consecutivo fu regolare fino al 7° giorno, in cui si tolsero i punti della sutura addominale. Poi si ebbe un po' di febbre (da 38°,3 a 38°,8) e formazione di un ascesso nella regione iliaca sinistra corrispondente al grosso peduncolo dell'omento. Si praticò l'incisione dell'ascesso e si mise il tubo a drenaggio; nel 4° giorno da questa incisione, si eliminò dall'apertura un grosso e lungo cencio che pareva connettivo, ma che portando tre lacci di grosso filo di seta mostrava essere l'omento ch'era stato diviso dal tumore e allacciato: la lunghezza dei brandelli eliminati era di ctm. 12; il peso di grammi diciassette.

Dopo questo fatto la febbre cedè, la sacca suppurante si chiuse rapidamente, e la operata lasciò il letto 18 giorni dopo la operazione.

L'esame microscopico fatto dal Prof. Bajardi confermò la diagnosi di sarcoma.

La narrazione della storia, è preceduta da considerazioni sulla i[illegible] logia dei cistomi ovarici che un certo numero di microscopisti considera, p[illegible] chè epiteliomi, come maligni; donde la conseguenza che anche i sarc[illegible] s'abbiano a operare poichè si operano i cistomi.

La seconda donna presentata dal Prof. Chiara è una vedova, pluripara, di 52 anni, che il 25 marzo veniva accolta in clinica con diagnosi di prolasso dell'utero e cancro del medesimo. L'apparenza cachettica della donna confortava la supposizione diagnostica. L'esame diretto impose invece la diagnosi di grosso fibroma dell'utero occludente la vagina per modo che aveva portato il ristagno, dietro al tumore, di circa due litri di siero purulento.

Fu fatta la estrazione del fibroma seduta stante, cioè subito dopo compiuto l'esame. Onde vincere la resistenza (relativa per il molto volume del tumore) dell'ostio vaginale, fu praticata la episiotomia bilaterale.

Il tumore pesava grammi 520 ed era un fibroma in parte sfacelato.

La donna, come vedesi, si rimise con mirabile rapidità e deve lasciare la clinica posdomani.

La narrazione è fatta precedere da considerazioni sulle difficoltà di stabilire le indicazioni della isterectomia sopravaginale e della escisione ed enucleazione *per vaginam* dei fibroni uterini.

Ha poi la parola il Dott. **P. Sonsino** il quale chiede venia alla Società per non aver potuto preparare la sua lettura annunziata sul Beri-beri e chiede di rimetterla ad un'altra Adunanza. Intanto però fa una comunicazione orale sul *betel;* parla delle sostanze delle quali si compone e indica le virtù terapeutiche, in specie antelmintiche, che alcune di esse posseggono.

Nessuno chiedendo la parola dopo aperta la discussione, la seduta pubblica è tolta a ore 2 $^1/_2$ pom.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 2 MAGGIO 1886.

(Tenuta nel Laboratorio d'Istologia fisiologica)

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Vice Presidente.*

Sono presenti i Soci: Brigidi, Boncinelli, Tafani, Colzi, Urbino, Tommasi, Bajardi, Bianchi, Fasola, Paggi Adolfo, Bottari, Chiara, Giuntoli, Celoni, Bertini Oreste Socio Emerito, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo Verbale della precedente Adunanza, il Dott. **A. Paggi** chiede la parola per completare la storia di un caso di ovariotomia, sul quale già intrattenne la Società nel 1884. Dopo l'operazione era rimasto un tramite fistoloso dal quale usciva una piccola quantità di pus. Trascorsi diciotto mesi, uscì dal tramite uno dei fili di seta adoperati per le legature e in seguito a ciò la cicatrizzazione divenne completa.

Il Prof. **A. Tafani** ha la parola per comunicare i suoi studii *sulle condizioni uteroplacentari della vita fetale.*

Il nuovo lavoro del Tafani è diviso in tre parti. La prima di queste svolge l'argomento dal lato storico, la seconda studia analiticamente le condizioni uteroplacentari della vita fetale in molti mammiferi, e la terza confronta i dati raccolti per provare la gradazione tra le varie forme di placenta e per dimostrar le leggi che ne regolano la tessitura.

Gli Autori che hanno svolto lo stesso tema si possono riunire in tre gruppi diversi. Alcuni ammettono una comunicazione diretta tra il sistema vascolare della madre e quello del feto: altri, persuasi dell'indipendenza dei due sistemi, credono che il nutrimento del feto sia esclusivamente affidato ai fenomeni osmotici; ed altri infine ritengono necessario che si formi un umore nutritivo speciale. I sostenitori di quest'ultima dottrina si dividono: in coloro che stimano esser tutto quanto il latte uterino preparato dalle glandule otricolari; in coloro che lo vogliono far provenire da un nuovo organo glandulare che si sviluppa durante la gravidanza; ed in quelli poi che sostengono essere questo còmpito affidato per una parte alle glandule e per l'altra ad un organo neoformato.

Il Tafani ha preso in esame non tanto la placenta quanto le altre pa[illegible] materne e fetali che stanno alla superficie interna dell'utero nelle var[illegible] epoche della gravidanza. Dirigendo in questa guisa i suoi studii ha credu[illegible] di poter più difficilmente trascurare l'osservazione di quei dati indispensabi[illegible] per giungere in ultimo ad alcune formule generali.

Gli animali studiati sono: il *Sus Scrofa domesticus*, *l'Ovis aries*, il *Bos taurus*, il *Felis domesticus*, il *Canis familiaris*, il *Mus decumanus*, il *Mus musculus*, il *Lepus timidus*, il *Lepus cuniculus*, la *Cavia Cobaya*, il *Vesperugo Kuhli*, il *Vespertilio murinus* e la Donna.

Nella parte analitica del lavoro è studiata prima la placenta di forma diffusa. L'utero gravido della Scrofa, nei varii periodi della gestazione, ha dato modo al Tafani di riconoscervi due ordini di fatti tra loro benissimo distinti. Una prima serie di fatti apparisce subito. Nei preparati eseguiti iniettando le arterie della madre e quelle del feto con gelatine di differente colore, si vedono due reti capillari che si dispongono parallele, delle quali una è di natura materna e l'altra di natura fetale. Queste due reti sono, a principio della gravidanza, separate tra loro dall'epitelio del corion e da quello che riveste la superficie interna dell'utero. Ben presto però i capillari s'insinuano tra le cellule epiteliali, scavandosi a spese del protoplasma di queste ultime alcuni canaletti visibilissimi tanto nelle preparazioni ottenute disgregando l'epitelio per mezzo dell'alcool al terzo, quanto nelle preparazioni d'insieme nelle quali si vede di fianco l'epitelio. Siffatta disposizione serve ad avvicinare i vasi fetali a quelli materni, facendo che tra gli uni e gli altri stia di mezzo soltanto uno straterello molto sottile, composto da due laminette sovrapposte, una fatta da porzione del rivestimento materno e l'altra da porzione di quello fetale. Osservando questi fatti, si affaccia subito alla mente il ricordo di ciò che si verifica nell'epitelio polmonare di alcuni animali.

Una seconda serie di fatti consiste nel trovare in mezzo ad un tessuto così ricco di vasi, alcune areole che sembrano relativamente scolorate e che sono assai prominenti. In queste abbiamo da parte del feto una superficie appianata in mezzo alla quale si apre una glandola orticolare e da parte della madre un gruppetto di villosità simili a quelle dell'intestino. In ciascuno dei villi situati contro l'apertura d'una di queste glandule, si osserva una disposizione vascolare identica a quella che apparisce nei villi intestinali: in questo caso i vasi si mantengono costantemente sotto il rivestimento epiteliale.

Le due diverse serie di fatti sono state poi ricercate nella placenta cotiledonata, zonata e discoide. Nell'utero gravido delle Pecore e delle Vacche si trovano i fatti corrispondenti a quelli della prima serie nei cotiledoni e gli altri simili a quelli della seconda nelle porzioni intercotiledonari. In questa forma di placenta si studia benissimo il modo di formazione del latte uterino, formazione che accade seguendo in parte il processo di *cromatolitosi* descritto dal Flemming e dal Nissen.

Nei casi di placenta zonata (Felidi e Cinoidei) la prima serie di fatti si riscontra nella placenta propriamente detta, e la seconda subito sotto ed ai lati della placenta. I villi coriali nella Cagna e nella Gatta sorpassano in alcuni punti tutta l'altezza della placenta e penetrano in alcune cavità nelle quali si trova il latte uterino.

Nei casi di placenta discoide, quantunque le indagini siano molto più

difficili, pure si osservano sempre le medesime cose. Nella parte discoide si hanno costantemente i fatti della prima serie: nel posto occupato dalla serotina e dalla decidua vera, gli altri della seconda. Tra le placente discoidi la più semplice è quella dei Topi ed è quella che merita di esser presa specialmente in esame perchè per le sue particolarità somiglia più delle altre alla placenta umana. La placenta della Cavia è la più complicata: contrariamente a quanto si è fino ad oggi creduto essa riceve in ogni sua parte i vasi dall'allontoide: i vasi omfalomesenterici si distribuiscono soltanto al falso corion. La placenta della donna è la più complessa: si compone di molti cotiledoni tutti quanti uguali tra loro: ciascun cotiledone è conforme, tranne nella maggiore ectasia vasale, alla placenta discoide dei Topi.

Il Tafani nell'ultima parte del suo lavoro studia le molte disposizioni anatomiche osservate nei differenti mammiferi, ponendole tra loro a confronto. Afferma che la graduazione tra le varie forme presentate dalla placenta esiste appariscentissima. Dalla placenta rudimentale dei Selaci si passa per mezzo dei Marsupiali a quella diffusa della Scrofa, della Cavalla e di molti altri mammiferi. Dalla diffusa si giunge alla cotiledonata mediante alcune forme miste riscontrabili nei Cervidi, e dalla placenta cotiledonata si arriva senza stacco a quella zonata ed a quella discoide. Confrontando accuratamente le diverse placente e studiando i varii momenti dello svolgimento del medesimo organo nella donna, possiamo affermare che le forme placentari gradatamente più complicate costituiscono lo stato fisso e permanente dello sviluppo della placenta umana.

Conclude poi col far notare che due ordini di condizioni uteroplacentari appariscono nei varii animali studiati. O si verificano condizioni favorevoli ai fenomeni d'assorbimento, o fatti che possono favorire i fenomeni osmotici. In un primo caso abbiamo da una parte un organo che produce un umore speciale e dall'altra una superficie assorbente provvista d'un epitelio e di vasi come nei villi dell'intestino. In un secondo, invece, troviamo due sistemi di vasi, uno materno e l'altro fetale, sviluppatissimi, paralleli e quasi ad immediato contatto perchè nei due strati cellulari ad essi interposti o si scavano alcuni solchi per riceverli o si atrofizza la maggior parte delle cellule. In questi sistemi di vasi sono notevoli sopra ogni altra cosa due particolarità. La corrente sanguigna nel sistema della madre scorre dalla superficie fetale della placenta verso il tessuto proprio dell'utero, e nel sistema del feto segue una via precisamente inversa. In alcuni animali i vasi che formano il sistema materno sono ugualmente larghi dal principio alla fine: in altri invece sono inegualmente dilatati. Le ectasie vasali si presentano soltanto nel sistema materno e si sviluppano sempre più avvicinandosi il termine della gravidanza.

In ogni utero gravido, dice il Tafani, si riscontrano questi due ordi[ni] di condizioni uteroplacentari. In alcuni animali dai primi agli ultimi tem[pi] della gestazione sono ambedue ben manifesti: in altri, invece, spariscono [a] un dato tempo i fenomeni che ci rivelano la presenza del latte uterino. [In] questi però, cessando la formazione di tale umore nutritivo e cessando

vascolarizzazione del corion che non ha presa parte a formare la placenta, diviene ectasico il sistema vascolare materno della placenta. L'Autore crede che quest'ultima condizione, propria di quelli animali soltanto nei quali sparisce la secrezione uterina, sia destinata per altra via a provvedere al nutrimento del feto.

Nell'utero gravido della Scrofa, delle Pecore, delle Vacche, della Cagna, della Gatta, delle Coniglie ecc. sono per tutta la gravidanza visibili i due ordini di condizioni più sopra rammentati. Nei Topi, quando cessa di prodursi il latte uterino, si vede il sistema vascolare materno della placenta divenir cavernoso. Nella donna le ectasie vasali sono enormi ed il corion, non placentare, ad un certo tempo manca di vasi e sparisce oltre il sesto mese qualsiasi traccia di latte uterino.

Il latte uterino si forma sempre ad un modo, sia che lo producano gli organi glandulari preesistenti o che un nuovo organo si sviluppi per prepararlo. In ogni caso si hanno modificazioni tali dei nuclei cellulari, accompagnate da accrescimento della sostanza cromatica, quali si osservano nella granulosa ovarica dei maturanti follicoli del Graaf e negli epitelii della mammella durante la secrezione del latte.

La comunicazione del Prof. Tafani è accolta con applausi.

Il Dott. **Fasola** riferisce la storia della prima operazione Cesarea secondo il metodo Porro, eseguita in Firenze. Trattasi di una donna di 30 anni, rachitica, con pelvi piatta asimmetrica. C. V. 68–70 mm. Fatta la laparotomia viene estratto l'utero dalla cavità addominale prima di inciderlo (alla Müller), e viene stretto il cono cervico uterino con un laccio elastico. Il bambino è tolto vivo e sano.

Vengono praticate quattro suture diverse dell'utero: l'una profonda, mucosa; la seconda muscolare, interstiziale, per assicurare l'emostasi nella regione placentare, sopra la quale è caduta l'incisione; una terza siero muscolare, interessante tutto lo spessore dell'utero con esclusione della mucosa; l'ultima siero sierosa.

Tolto il laccio elastico, si ha emorragia interna grave per inerzia, che nessun mezzo vale a vincere: per questo viene praticata l'amputazione sopra vaginale dell'utero.

La donna tollerò bene l'atto operativo; l'andamento della malattia chirurgica fu tipicamente regolare: oggi la puerpera può considerarsi guarita.

Il feto è sano e prospero.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Tafani, il Prof. **Luciani** domanda al medesimo alcuni schiaramenti sulla secrezione del così detto *latte uterino* e sulle condizioni per le quali sembra cessare nella donna ad un certo periodo della gravidanza e domanda se tale cessazione non potesse essere più apparente che reale.

Il Prof. **Tafani** svolge con maggiore ampiezza gli argomenti per i quali è costretto a concludere che la secrezione termina. Egli ricorda più specialmente la mancanza del secreto; la mancanza di cellule assorbenti; la quasi

scomparsa di cellule capaci di secernere; il difetto in queste di quei fenomeni per i quali si riconoscono in tutte le glandule i fenomeni secretorii.

Nessun altro chiedendo la parola, l'Adunanza è tolta a ore 3 pomeridiane.

V° il Presidente
Prof. Pietro Pellizzari.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL 9 MAGGIO 1886.

Alla Presidenza, il Prof. P. Pellizzari, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Dott. Bosi Pietro, Tommasi, Tafani, Fasola, Brigidi, Bianchi, Boncinelli, Faralli, Paggi, Giuntoli, Bottari, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della precedente Adunanza ha la parola il Dott. **T. Tommasi**, il quale ricorda il caso di *disfagia isterica* in un giovanetto di cui altra volta intrattenne la Società.

Per completare la storia riferisce come si sia avuta la guarigione completa con fenomeni atti a confermare la natura isterica della malattia.

Il Socio Corrispondente **D. P. Sonsino** parla del *clima e delle malattie del Singapor.* Dopo avere ricordato le condizioni climatiche di questa città espone quali siano le malattie ivi più frequenti. Enumera i disturbi gastro-intestinali, le affezioni epatiche, la dengua, la lepra ed il beri-beri. Parla più a lungo di questa ultima forma morbosa e n'espone in brevi parole la sintomatologia, anatomia patologica ed etiologia.

Nessuno domandando la parola sulla comunicazione fatta dal Dott. Tommasi, si apre la discussione su quella del Dott. Sonsino.

Il Dott. **G. Banti** dice di avere ricevuto dal Dott. Sonsino un midollo spinale di un individuo morto per beri-beri a Bombay. Ne ha già cominciato l'esame istologico, ma non avendo ancora esauriti gli studii non può riferire il resultato.

Il Prof. **V. Brigidi** dice che avendo veduto alcuni preparati fatti dal Dott. Banti gli è sembrato trovarvi alcune alterazioni somiglianti ad altre da lui descritte in casi di tumori cerebrali. Prega il Dott. Banti a volergli mostrare i suoi preparati dopo che avrà compiuto le ricerche in corso.

Nessun altro domandando la parola la Seduta pubblica è tolta a ore due pomeridiane.

Il Vice Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

ANNO ACCADEMICO 1886-87

Essendo stato approvato il nuovo Statuto Sociale, si inaugura in quest'anno il nuovo Consiglio direttivo i cui Membri decadono sei per anno nè sono rieleggibili che dopo un anno, e la Commissione permanente i cui Membri decadono tre ogni due anni e non possono rieleggersi che dopo due anni. — Solo permangono in funzione per tre anni e sono rieleggibili, il Bibliotecario ed il Cassiere.

CONSIGLIO DIRETTIVO

CHIARA Prof. DOMENICO	*Presidente*
LUCIANI Prof. LUIGI BRIGIDI Prof. VINCENZO	*Vice-Presidenti*
BIANCHI Dott. AURELIO FASOLA Dott. EMILIO	*Segretarii degli Atti*
BANTI Dott. GUIDO	*Segretario delle Corrispondenze*

Consiglieri:

PELLIZZARI Prof. PIETRO — BAJARDI Prof. DANIELE — CELONI Dott. PIETRO
COLZI Dott. FRANCESCO — FARALLI Dott. GIOVANNI — NESTI Dott. LEOPOLDO

COMMISSIONE PERMANENTE

FILIPPI Prof. ANGIOLO, *Presidente*
MARCACCI Dott. GIORGIO, *Segretario*

Consiglieri:

BONCINELLI Dott. PIETRO — DEL GRECO Dott. GIOVANNI — GRILLI Dott. PIETRO
TOMMASI Dott. TOMMASO

BARGIONI Dott. GUSTAVO, *Cassiere* — ZANNETTI Dott. RAFFAELLO, *Bibliotecario*

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 26 DICEMBRE 1886.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Vice Presidente.*

Sono presenti i soci: Corso, Fasola, Brigidi, Paggi Adolfo, Urbino, Celoni, Paoli, Marcacci, Faralli, Chiara, A. Bianchi, Colzi, Bottari ed il Segretario degli Atti Dott. Banti.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente adunanza ha la parola il Prof. **P. Mantegazza** il quale parla sulla *fecondazione artificiale della donna.* Ricordate le cause principali di sterilità espone come questa possa in certi casi aversi anche essendo affatto normali gli organi genitali femminili e mobili gli zoospermi dell'uomo. In un caso simile Egli osservò mancanti nello sperma quei peculiari cristalli che da molto tempo ha descritto. Combatte le obiezioni mosse alla fecondazione artificiale dimostrandone i vantaggi ed incoraggiando i medici a consigliarla e ad eseguirla. Espone il metodo che si deve praticare e descrive quello che Egli adopra qualora invincibili pregiudizii da parte della donna si oppongano a ricorrere a quello usuale. Crede che la fecondazione artificiale possa venire studiata anche per via sperimentale e come anzi essa sia appropriata per indagare il chimismo della fecondazione, problema rimasto finora inaccessibile. Indica alcuni esperimenti che si potrebbero eseguire e richiede a ciò la cooperazione del Prof. Luciani.

Il Prof. **Luciani** crede di grandissima difficoltà gli esperimenti proposti dal Prof. Mantegazza ma non si rifiuta alla domanda rivoltagli.

Il Dott. **G. Banti** ricorda i *casi di colera* avvenuti in Firenze durante l'estate ed autunno 1886. Dice che per intenderne l'origine è d'uopo non ignorare il focolajo epidemico verificatosi nei paesi di Ponte a Ema, Ricorboli e Galluzzo, ove il colera si manifestò dapprima in lavandaje. Espone i casi di colera scoppiati nello Spedale di S. Maria Nuova in seguito all'ammissione di un coleroso. Discute le vie del contagio e dimostra la brevità del periodo d'incubazione che variò tra le 36-50 ore. Rende conto dei resultati delle culture batteriologiche da lui eseguite e presenta le coltivazioni dello spirillo del Koch insieme a quello dello spirillo del Finkler e Prior. Accenna all'importanza patogena dello spirillo del Koch e ricorda la caduta di dottrine contrarie quali quelle del Finkler e Prior e dell'Emmerich. Finisce col dichiarare come la profilassi pubblica e individuale del colera sia la più sicura tra le malattie infettive, purchè la diagnosi sia pronta.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Banti, il Prof. **Luciani** dichiara di essere egli pure convinto della brevità del periodo d'incubazione e dell'efficacia delle disinfezioni per combattere il colera. A causa della brevità del periodo d'incubazione stima affatto inutili certi mezzi preventivi, quali le quarantene. Conforta la sua opinione con esempii osservati nella recente epidemia di Ascoli Piceno.

Il Dott. **Corso** riferisce pure esempii di periodo d'incubazione del colera assai breve.

Il Prof. **Paoli** ammette anch'esso la brevità del periodo d'incubazione. Riconosce che con energiche disinfezioni si riesce spesso a vincere un incipiente epidemia e cita in appoggio i fatti avvenuti in Firenze nell'estate ed autunno trascorso.

Nessun altro chiedendo la parola la seduta è tolta a ore 3 pomeridiane.

V° il vice Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Guido Banti.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 2 GENNAJO 1887.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *Vice Presidente.*

Sono presenti i Soci Luciani, Brigidi, Tommasi, Boncinelli, Faralli, Bottari, Giuntoli, Marcacci, Fasola, Chiara, Bargioni, Tafani, Banti. A. Bianchi.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente adunanza, il Vice Presidente, Prof. **Luciani** dichiara che non essendovi stato nella seduta anteriore discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Mantegazza, apre ora tale discussione e invita il Prof. Mantegazza a riassumere la sua lettura.

Il Prof. **Mantegazza** ricorda i punti principali della sua comunicazione, cioè: 1° l'importanza che sembrano avere i cristalli dello sperma per riconoscere se questo goda di proprietà fecondanti; 2° la possibilità d'injettare nell'utero una quantità abbastanza considerevole di sperma, senza mai produrre metriti; 3° il metodo nuovo di fecondazione che Egli propone, cioè versando col becco dello *speculum* lo sperma nell'apertura del collo uterino.

Il Prof. **D. Chiara** dichiara di non avere niente da opporre alla fecondazione artificiale in genere: limita le proprie critiche alla questione tecnica. Le indicazioni da parte della donna alla fecondazione artificiale sono gli ostacoli alla penetrazione degli zoospermi, come p. es. la flessione, lo spasmo del collo. In questi casi il metodo del Prof. Mantegazza è insufficiente, perchè bisogna sempre portare lo sperma al di là dell'ostacolo. Crede difficile ed anche pericoloso addestrare il marito ad eseguire la fecondazione artificiale. Non ha timore d'injettare in quantità lo sperma nell'utero, poichè la quantità non è dannosa come lo dimostrano le lavande uterine. Piuttosto è necessario curare attentamente l'antisepsi, adoprando strumenti sterilizzati per evitare l'insorgere di metriti settiche.

Il Prof. **Luciani** crede pure importantissima la questione dell'antisepsi e attribuisce ad averla trascurata i casi gravi talora verificatisi.

Il Prof. **Mantegazza** concorda pienamente sulla necessità di adoprare strumenti sterilizzati. Egli di ciò non ha parlato, perchè facendo una comunicazione ai medici ha stimato superfluo trattenersi sopra una questione che deve essere loro ben nota.

Il Prof. **Chiara** è d'opinione che anche ai medici non bisogna trascurare di raccomandare l'antisepsi.

Chiusa la discussione ha la parola il Dott. **Fasola** intorno alla cura dell'aborto.

Il Dott. **Giuntoli** domanda al Dott. Fasola se vi sia **sempre** modo di riconoscere se un aborto è spontaneo o criminoso.

Il Dott. **Fasola** dice che si è cercato un criterio differenziale nello stato dell'uovo. L'uovo rotto indicherebbe aborto criminoso, e uovo intero aborto spontaneo. Però i casi occorsi nella Maternità di Firenze tolgono ogni valore a questo segno ed egli deve dichiarare che non esiste un mezzo per differenziare l'aborto spontaneo dal criminoso.

Nessun altro chiedendo la parola, la seduta pubblica è sciolta a ore 2 pom.

Per il Presidente
Dott. Vincenzo Brigidi.

Il Segretario degli atti
Dott. Guido Banti.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 23 GENNAJO 1887.

Alla Presidenza, il Prof. Vincenzo Brigidi, *Vice Presidente.*

Sono presenti i Soci: Luciani, Paoli, Fasola, Colzi, Faralli, Boncinelli, A. Bianchi, Marcacci, Guido Banti, Turchini.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Letto ed approvato il Processo Verbale della seduta precedente, il Presidente comunica che fu eletto a Presidente il Prof. Chiara, a V. Presidenti i Proff. Brigidi e Luciani, a Segretarii degli Atti i Dottori A. Bianchi e Fasola, a Segretario delle Corrispondenze il Dott. Banti, a Bibliotecario il Dottor Zannetti.

Essendo assente, per malattia di sua madre il Prof. Chiara, ha la parola il Prof. **Luciani** su *alcuni studii sperimentali sulla rabbia.* Aperta la discussione il Prof. **Brigidi** dichiara che in essa si debbono distinguere: 1° i resultati sperimentali del Pasteur, intorno ai quali si potrebbe aprire la discussione; 2° l'opportunità della nomina di una Commissione per lo studio dei punti controversi, e la ricerca dei mezzi coi quali tale studio può compiersi.

Il Dott. **Faralli** si dichiara favorevole alla continuazione di questi studii, il cui programma il Prof. Luciani ha si bene descritto. Egli domanda se è sicuro che i 2000 individui curati dal Pasteur siano stati davvero rabbiosi: tal dubbio era nato in Francia fin dal caso del Meinster. Del resto una mortalità che supera l'1 per 100 è discreta e andrebbe confrontata con quella della cauterizzazione. Che la questione meriti studio, è certo ed è necessario che il Municipio aiutasse questi studii. Il Consiglio Provinciale però rigettò una proposta simile fatta da un Consorzio dei Comuni dell'Italia centrale per la fondazione di un Istituto antirabico.

Il Dott. **Banti** crede utile che sulla parte scientifica si invocasse una discussione seria; ma perciò sarebbe d'uopo di lungo tempo e sul valore delle cure Pasteur come cura profilattica della rabbia, crede che sarebbe bene fare una prossima adunanza speciale. Il Dott. Banti osserva che la mortalità dei morsicati è estranea alla proposta pratica di fare studii, emessa dal Luciani. Quindi crede che la proposta di esso sia opportuna, e degna di plauso, perchè sono necessarii gli studii specialmente relativi a cercare se avvenuta la infezione l'inoculazione intensiva può vincere la rabbia. La questione sull'importanza della quantità del virus rabico nello sviluppo della rabbia è difficile oggi di risolversi completamente. Crede che sarebbe utile

far premure presso il Municipio e la Provincia perchè stabilissero una somma anche tenue per cooperare allo studio di questo problema sì utile alla igiene pubblica.

Il Dott. **Faralli** fa alcune rettificazioni.

Il Prof. **Luciani** ringrazia e constata esser vero che propose l'inizio della cura Pasteur alla Provincia e che le chiedeva un sussidio, però adesso vi sostituisce una seconda proposta, in cui la domanda è per lo scopo di fare una serie di ricerche scientifiche, da persone competenti.

Il Dott. **Marcacci** osserva che se fosse chiesto un sussidio a tale scopo alle autorità cittadine, vorrebbe che fra gli enti dovessero essere interpellate le amministrazioni ospitaliere.

Il Prof. **Paoli** constata la conclusione dubbia del Prof. Luciani circa all'utile reale della vaccinazione Pasteur; adesso egli stesso è venuto a chiedere non un laboratorio, la cui idea spaventò per la spesa, ma degli aiuti ad esperimenti per vedere la reale utilità delle inoculazioni antirabiche. In questo caso il Municipio sarà felice di aiutarlo.

Il Dott. **Colzi** osserva che il Fritsch di Vienna vide morire tutti i cani inoculati col metodo intensivo.

Il Prof. **Brigidi** interrompe, perchè queste osservazioni rientrano nella discussione scientifica. Propone la nomina della Commissione, che accettasse tutti quei socii volenterosi, che volessero schiarire le varie questioni, che man mano sorgessero.

Il Prof. **Luciani** dice che sarebbe utile che l'Accademia avanzasse ufficio al Municipio, alla Provincia e allo Spedale, ed all'Istituto Superiore perchè concorressero alle spese per nuovi studii sperimentali per la rabbia, chiamando anche i loro rappresentanti a far parte della Commissione.

L'Accademia approva alla unanimità e stabilisce di fare l'adunanza ventura secondo la proposta del Dott. Banti.

L'adunanza è chiusa alle ore 2 e mezzo pom.

Il Vice Presidente
Dott. Vincenzo Brigidi.

Il Segretario degli atti
Dott. Aurelio Bianchi.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 13 FEBBRAJO 1887.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *Vice Presidente.*

Sono presenti i Socii: Luciani, Tafani, Bajardi, Brigidi, Corso, Zannetti, A. Bianchi, Fasola, Faralli, Tommasi, Boncinelli, Colzi, Giuntoli, Marcacci, Bottari.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Letto ed approvato il processo verbale, per la mancanza del Prof. Chiara e del Dott. Banti che dovrebbero fare le comunicazioni, si propone di rimandare la seduta.

Il Prof. **Brigidi** dice che oggi piucchè parlare della vaccinazione antirabica, occorre sperimentare in proposito.

Il Prof. **Luciani** comunica la statistica dei curati col metodo Pasteur nella Clinica del Cantani. In complesso sono 69 curati, distribuiti in tre categorie: nella 1ª sono i morsicati da animali constatati rabici sperimentalmente: essa è divisa in morsicati in parti scoperte e in parti coperte con lacerazione e con perforazione; nella 2ª i morsicati da animali certificati rabbiosi; nella 3ª i morsicati da animali sospetti.

Nella 1ª sono 21, nella 2ª 41, nella 3ª 6. Dei 21, 4 sono da 1 a 7 anni, 5 da 7 a 15 anni e 6 da 15 a 25, e 6 oltre i 25 anni. Fra questi 7 furono causticati da 1 a 2 ore dopo, e 6 dentro le 24 ore, i non causticati furono 8. Fra questi nessun insuccesso e son passati tre mesi. L'Amoroso col De Renzi hanno fatto esperimenti sugli animali e i resultati sono opposti a quelli del Pasteur e della Commissione, che cioè le inoculazioni col virus più forte non svolgono la rabbia negli animali.

Propone che sian ripetuti gli esperimenti qui da una Commissione competente ed è di accordo che bisogna agire piucchè discorrere.

Il Dott. **Ivo Novi** descrive i suoi esperimenti col virus rabico sulle rane.

Il Dott. **Tommasi** domanda quali siano i resultati ottenuti a Milano.

Il Prof. **Luciani** dice che sì a Torino che a Milano qualche caso di morte c'è stato negli inoculati.

La seduta pubblica si chiude alle ore 1,40.

Il Vice Presidente
Prof. LUIGI LUCIANI.

Il Segretario degli atti
Dott. AURELIO BIANCHI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 24 APRILE 1887.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Vice Presidente.*

Sono presenti i Soci effettivi Luciani, Zannetti, A. Bianchi, S. Bianchi, Tommasi, Grazzi, G. Pellizzari, G. Banti, Crapols, Chiara, A. Paggi, Urbino e i Soci aggregati Bloch, Monselles, Silvestri, Signorini, Giorgeri, Targioni, Fatichi, Guidi e Messeri.

Letto e approvato il processo verbale, si leggono i ringraziamenti dei nuovi Soci e un invito della Presidenza del Congresso Medico di Pavia di prendervi parte. Il Presidente raccomanda ai Soci di aderire alle giuste richieste della Presidenza del Congresso.

Prende quindi la parola il Dott. **Aurelio Silvestri** circa alla *cura antisettica dell'ulcera rodente della cornea.*

L'ulcera rodente è una delle più gravi fra le malattie della cornea ed è da deplorarsi che mentre i recenti studii ne hanno perfettamente determinato il processo patogeno, regni ancora tanta incertezza nella terapeutica di questa affezione. Non può negarsi che anche in questa parte si sieno fatti notevoli progressi, ma bisogna purtroppo confessare che moltissimi casi resistono alle cure più illuminate e più energiche, anche se cominciate in tempo opportuno.

Io dirò quel che si pratica nella clinica nostra contro questa malattia. Non intendo di dare un valore assoluto e generale a ciò chè andrò esponendo, ma essendo la cura dell'ulcera rodente ancora mancante di regole precise e razionali, mi sembra utile che ciascuno vi apporti il suo contributo di osservazioni.

Il quadro fenomenico della cheratite a ipopion è noto a tutti che si occupano di malattie oculari; in quanto alla sua natura, gli studi di Eberth (1), Leber (2), Stromeyer (3), Dolshenkow (4), Fritsch (5) e Schmidt-Rimpler (6)

(1) Centralbl. f. die med. Wissenschaft. 1873 n. 8 u. 19.
(2) Ibid. 1873. n. 9.
(3) Arch. f. Ophthalm. 1873. T. XIX, 2. p. 1.
(4) Centralbl. f. die med. Wiss. 1873, p. 655 u. 674.
(5) Eperimentelle Studien etc. Erlangen, 1874.
(6) Arch. de Virchow. 1877, LXX, 2. p. 202.

hanno dimostrato ad evidenza essere questa malattia dovuta alla introduzione di micro-organismi in una abrasione della superficie corneale. Abbia questa infezione la sua sorgente nell'alterata secrezione congiuntivale o in quella delle vie lacrimali, o nei prodotti della blefarite ciliare, o in un processo necrobiotico producente una specie di auto-infezione, come crede il Prof. Guaita (1), o in tutte queste cose insieme; è ormai stabilito che noi abbiamo a combattere un processo settico.

È dunque necessario che noi rivolgiamo le nostre cure contro l'elemento patogeno, con lo stabilire una rigorosa ed efficace antisepsi.

La cheratotomia, che dopo il classico lavoro di Saemisch ha formato fino ad oggi la base della cura, procurando lo svuotamento dell'ipopion e degli ascessetti che circondano l'ulcera, soddisfa fino ad un certo punto a questa indicazione ed è quasi sempre valevole ad arrestare il processo distruttivo della malattia. Ma i resultati finali che si ottengono da questa cura non sono davvero tali che non si possa desiderare di meglio e gli esiti purtroppo non rari di tisi anteriore (*aplanatio corneae*) o di vasti leucomi aderenti o ectasici ci mostrano ad evidenza che se l'intervento chirurgico è generalmente capace di impedire che l'affezione giunga alle sue ultime tristissime conseguenze, e di salvare almeno una porzione di cornea, nella massima parte dei casi è incapace di conservare l'occhio in uno stato di soddisfacente integrità.

Noi abbiamo adunque voluto ricercare se con un trattamento antisettico energico e rigoroso fosse possibile di evitare il taglio dell'ulcera e di arrestare in pari tempo il processo infettivo della cheratite a ipopion.

E qui giova notare come le sostanze generalmente consigliate e usate quali antisettici non sono in realtà valevoli ad uccidere i germi infettivi, ma soltanto hanno potere di impedirne lo sviluppo; sono cioè semplicemente asettiche, ma non realmente antisettiche (2). Le sostanze in cui si è potuta riconoscere una vera virtù antisettica si riducono a ben poche e forse soltanto al bioduro ed al bicloruro di mercurio; mentre le altre servono solo ad impedire lo sviluppo dei germi che casualmente si trovino sulle parti ammalate o che possano penetrare fino ad esse; e tali sono la medicatura fenica, salicilica, borica, quella all'jodoforme, ecc.

Trattandosi nel nostro caso di un processo infettivo già sviluppato, le precedenti medicature non possono che limitarne alquanto il decorso, ma non hanno la potenza di vincerlo: perciò bisogna ricorrere all'unica valida sostanza antisettica che noi conosciamo, al sublimato corrosivo.

È sulla scorta di questi principii che abbiamo cercato di stabilire le basi di una cura razionale dell'ulcera rodente, che chiamerei volentieri *infettante* se questo appellativo non fosse già da tempo destinato a denotare tutt'altra malattia.

(1) Des ulcères profonds de la cornée etc. Paris, 1883.
(2) GUAITA. — L'inizio della Clinica oculistica senese. Siena, 1885, p. 107.

Ed eccoci senz'altro a descrivere la medicazione che da quasi un anno noi adoperiamo contro questa affezione nei malati che il chiarissimo Direttore di Clinica Prof. Paoli con la sua ben nota cortesia ha messo largamente a mia disposizione.

Stabilito che la base della cura deve essere l'antisepsi, noi l'applichiamo nel modo il più rigoroso. Essa incomincia naturalmente da tuttociò che deve avvicinare l'ammalato; le mani del chirurgo sono precedentemente lavate in una soluzione di sublimato all'uno e mezzo per 1000, ed asciugate con garza al sublimato; nella stessa soluzione di sublimato sono pure lavate le maniche di tela incerata che difendono gli avambracci dell'oculista ed è nel medesimo modo lavato il letto oftalmico del Wecher, su cui per le ragioni che ora diremo, viene disteso l'ammalato. Una soluzione più tenue di sublimato, ma sempre a dose antisettica (1/7000) serve a lavare accuratamente la faccia dell'infermo e in modo speciale il sopracciglio e le palpebre. Se esiste blefarite se ne tolgono minuziosamente i prodotti di secrezione e nel caso di malattia del sacco, ne facciamo senz'altro lo squarciamento, riserbandoci a cauterizzarlo o causticarlo a cura inoltrata.

Dopo tali cure accessorie, per quanto della massima importanza, noi attacchiamo direttamente cogli antisettici la cornea ammalata: non è questo un ardimento nuovo perchè già da molto tempo sono stati in uso i toccamenti dell'ulcera con l'acqua clorata, e con soluzioni più o meno concentrate di acido fenico e le cauterizzazioni col termo- o col galvano-cauterio; ma sono riusciti insufficienti i primi, poco giovevoli e talvolta nocive le seconde. Lo stesso sublimato corrosivo è stato adoperato dal Prof. Guaita già citato, ma in soluzione leggiera e per pennellazioni sulla congiuntiva delle palpebre arrovesciate, talchè ben poco ne veniva in contatto dell'ulcera e noi stessi abbiamo veduto il distinto Oculista nella sua Clinica non di rado dover ricorrere al fuoco quale antisettico eroico.

L'antisettico che noi applichiamo sulla cornea è il sublimato corrosivo alla dose di 1/400, che in generale è benissimo tollerato; ma in casi di speciale sensibilità lo usiamo all' 1/500.

Rovesciata indietro la testa del malato, che preferiamo far giacere supino sul letto oftalmico, la parte anteriore del bulbo oculare forma come il fondo convesso di un recipiente le cui pareti sono costituite dalle palpebre divaricate, cosicchè il sacco congiuntivale è suscettibile di ricevere e contenere una certa quantità di liquido. Di questa disposizione opportunissima per l'applicazione dei medicamenti liquidi noi approfittiamo per far bagnare la cornea per due o tre minuti nella soluzione di sublimato corrosivo, lasciando di tanto in tanto che il malato socchiuda le palpebre per non stancarlo di troppo e versando poi nuova soluzione. Durante questa applicazione noi vediamo leggermente appannarsi la congiuntiva ed aumentarne un poco la iniezione, e [illegible] crediamo che questa azione cateretica riattivando la circolazione sanguig[illegible] in quei tessuti intorpiditi, sia di non poca utilità: il detritus purulento c[illegible] ricopre il fondo dell'ulcera, di giallastro si fa biancheggiante e in parte g[illegible] se ne distacca.

Prolungando questo bagno oculare per il tempo che si è detto, si ha per parte della cornea un abbondante assorbimento di sublimato il quale giunge fino ad inquinare il contenuto della camera anteriore e già fin dalla prima medicatura si può considerare debellato il processo infettivo.

Il giorno successivo troviamo che il fondo sporco, dell'ulcera comincia a detergersi e di già si inizia il riassorbimento dell'ipopion il quale coagulandosi e riducendosi nel suo volume, si separa dall'angolo iridieno.

Ma per quanto con questa medicazione si giunga ad ottenere il riassorbimento di tutto il pus; e noi abbiamo veduto dileguarsi raccolte purulente occupanti quasi la metà della camera acquea; se l'ipopion è alcun poco esteso, è utile per accelerare la guarigione, evacuarlo con una larga paracentesi praticata al limite sclero–corneale ed estrarne con le pinze i coaguli che non fuoriescono spontaneamente; e tanto più ci affrettiamo ad evacuare l'ipopion in quanto crediamo che la sua presenza nella camera anteriore e il suo contatto coll'iride sia non di rado la causa delle congestioni e delle flogosi di questa membrana, che sì spesso complicano il corso dell'ulcera rodente.

Un medicamento spesso di grande aiuto e da non tralasciarsi nella cura di questa malattia è certamente l'eserina, che agisce come potente antisuppurativo migliorando in modo notevole la nutrizione della cornea; ma noi ne abbiamo assai limitato l'uso essendo questo alcaloide facilmente causa di iridite fino a produrre l'occlusione pupillare. Per regola generale, nella cura dell'ulcera a ipopion non perdiamo mai di vista l'iride e preferiamo l'eserina o l'atropina secondo le indicazioni forniteci dallo stato dell'iride e della pupilla, dalla tensione oculare e dal fenomeno subiettivo dolore.

Dopo il bagno oculare al sublimato corrosivo o l'applicazione della pomata di eserina o del collirio di atropina, pratichiamo invariabilmente il bendaggio con un cuscinetto di cotone al sublimato corrosivo all' 1/2000 separato dalla cute da uno strato di garza pure al sublimato, difeso di fuori da del velo di guttaperca e mantenuto in sito da fasce di garza borica, che si sostituiscono, in caso d'indocilità del malato, da fasce inamidate; poichè è della massima importanza che l'apparecchio resti bene applicato sull'occhio durante tutte le 24 ore che intercedono fra due medicature successive.

Praticando questa medicatura antisettica nel modo il più scrupoloso, noi da molti mesi abbiamo potuto abbandonare completamente la cheratotomia di Saemisch ed abbiamo ciò nonpertanto ottenuto sempre guarigioni rapide e sicure.

Una volta vinto il processo infettivo, la cicatrizzazione dell'ulcera si è fatta sollecitamente lasciando per esito finale dei piccoli leucomi quasi sempre liberi o con limitate aderenze quando i malati sono entrati in cura con la cornea già perforata e non è stato possibile ridurre il prolasso iridieno. Anche nei casi più disperati, mercè il bagno antisettico e la fasciatura è stato possibile evitare le conseguenze più funeste quali lo stafiloma opaco e il flemmone dell'occhio.

Parla successivamente il Dott. **Signorini** intorno al *solfofenato di zinco e al sublimato corrosivo nella cura delle malattie veneree.*

Il solfofenato di zinco fu sperimentato nelle vulvo-vaginiti delle bambine e non dette resultati soddisfacenti: fu usato poi nella blenorragia dell' uomo e anche in questi casi non corrispose tanto da potergli dare un posto d'onore fra gli antiblenorragici. Lo stesso fu osservato nelle vulvo-vaginiti blenorragiche della donna, facendo il bagno locale con la soluzione al 3 e 4 per 100. Giovò nelle vulviti semplici e ulcerose, come nella balano-postite. Usando la soluzione a 1 per 100 nelle forme ulcerative specifiche fu notato che queste peggioravano facendosi atoniche, e infiltrandosi spesso alla base.

Il Dott. Signorini conclude che in genere:

« il solfo-fenato di zinco a 1 per 100 è tollerato benissimo;

« si può usare senza pericolo, anche quando il periodo acuto della blenorragia non è ancora completamente terminato;

« alla dose del 2 o 3 per 100 è benissimo tollerato e può usarsi nella blenorragia cronica, sia essa localizzata alla fossetta navicolare o alla porzione post-bulbare dell' uretra; facendo la iniezione convenientemente con la siringa del Langlebert nel primo caso, o con quella del Guyon o col processo del Diday nel secondo;

« però il solfo-fenato di zinco non ha virtù antiblenorragiche speciali. »

Relativamente alla cura della blenorragia col sublimato corrosivo, lo esperimentò prima in 150 casi di uretrite nell' uomo. In alcuni il titolo della soluzione fu al 20 millesimo, ma vistane l' inefficacia la usò al 10 millesimo, infine a 1 per 5000 in un sol caso, perchè mentre a 1 per 10000 già si accennava l' intolleranza per l' uretra, a 1 per 5000 fu tale che vennero in scena fenomeni irritativi gravi per modo che fu abbandonato. I gonococchi aumentavano o diminuivano irregolarmente durante la cura. Per ottenere la guarigione fu necessario ricorrere agli antichi metodi di cura. Nella donna il sublimato fu usato a dosi più alte 1 per 1000, 2 per 1000 come bagno locale, e a $^1/_2$ per 1000 per irrigazioni vaginali. Risultato negativo. Il Dott. Signorini concludeva che nella uretrite dell' uomo il sublimato corrosivo al 20 millesimo è inefficace, al 10 millesimo non val meglio degli altri medicamenti soliti a usarsi, ma talvolta provoca dolori e fenomeni reflessi sul collo vescicale; a 1 per 5000 è già una dose troppo forte perchè sia ben tollerato. Riferendosi al potere antisettico del sublimato, conclude che non è un medicamento utile nella cura della blenorragia, perchè non se ne può prolungare l'azione sull' uretra.

Accenna ad avere esperimentato il rimedio nei casi di bubbone venereo e dichiara che nonostante le abbondanti lavande a 1 per 1000 nella cavità dell'ascesso non ha potuto prevenirne l' ulcerazione.

Aperta la discussione il Dott. **Grazzi** domanda al Dott. Signorini se h mai negli scoli uretrali adoperata la resorcina.

Il Dott. **Signorini** risponde che in Clinica non si è adoperata.

Il Dott. **Grazzi** osserva che negli scoli auricolari ha adoperate con buoi resultati soluzioni di solfofenato di zinco al 4 e 5 %, invece che all' 1 %.

Il Dott. **Signorini** dice che negli scoli uretrali i rimedii agiscono più a dosi piccole che a dosi forti. Perciò la dose del solfofenato di zinco non si è spinta più oltre.

Il Dott. **Banti** crede che la blenorragia dipenda dal gonococco, perchè è una malattia contagiosa a base d' infezione, che non può dipendere altro che da batterii: vi sono forse orchiti dipendenti da batterii diversi da quelli della vera orchite blenorragica e sono dipendenti da coiti con donne con catarri semplici. In questi casi le forme dei batterii sono differenti e meno numerose che negli altri: nei casi di orchite blenorragica vera da lui osservati c'erano, e, se non trovava il gonococco, la diceva semplice e difatti in questi casi essa è decorsa rapida ed è guarita con mezzi semplici e senza recare contagio. Conviene che la biologia del gonococco è tuttora nel bujo.

Il Dott. **Signorini** risponde di non negare il gonococco, ma di credere che non sia sanzionato definitivamente: e che non gli si debba dare l'assoluta importanza; tanto più che si han casi di uretriti con caratteri clinici identici, nei quali vi sono e non vi sono gonococchi e tutti i casi sono guariti con gli stessi medicamenti. Di più il vedere che il sublimato spesso non guarisce le blenorragie lo fa dubitare della loro natura parassitaria.

Il Dott. **Banti** osserva che esistono malattie localizzate in uno stesso organo, simili in Clinica, diverse in etiologia: quindi vi possono essere uretriti eguali senza e con gonococchi: del resto negli scoli uretrali vi sono talora cocchi uniti come il gonococco, ma sono falsi cocchi, i quali a differenza dei cocchi veri non si colorano col metodo del Graam. Il criterio terapeutico è importante, ma una ragione per la resistenza delle uretriti vere al sublimato c' è. Una injezione forte ha fatto, in certi casi, cessare l' uretrite per 2 o 3 dì, poi essa riappariva: il che vuol dire che la injezione uccide i germi superficiali, non i profondi, i quali dopo 2 o 3 dì ritornano alla superficie della mucosa e recano la uretrite nuova.

Nessuno prendendo la parola, la seduta è sciolta alle ore 1 e mezza pom.

Il Vice Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario degli Atti
Dott. Aurelio Bianchi.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL 29 MAGGIO 1887.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Vice Presidente*.

Sono presenti i soci: D. Chiara, A. Bianchi, E. Fasola, Grazzi, Tommasi, Del Greco, Guidi, Bloch, Giorgeri, Giuntoli, Paggi, Targioni, Signorini, Stanislao Bianchi, Todi, Boncinelli, Bargioni, Messeri, Magrini, Sacchi, Martinetti, Novi, Crapols, Colzi, Bottari.

La seduta è aperta alle ore 1 pomeridiane.

Letto ed approvato il Verbale della precedente Adunanza, il Presidente, dà la parola al Prof. **Chiara** per la comunicazione dal titolo: *l'uso del sublimato corrosivo in ostetricia.*

L'oratore ricorda che l'uso del sublimato corrosivo in chirurgia è di data antica, essendo già stato usato a Modena nel 1842. Il Tarnier, nel Congresso tenuto a Londra nel 1882, riferiva di averlo usato con vantaggio nella Maternità di Parigi: subito dopo il Prof. Chiara ne introduceva l'uso nella Maternità di Milano, poi di Firenze, dove faceva uno studio comparativo fra il sublimato e l'acido fenico. Nessun caso di avvelenamento ha constatato mai, sopra migliaia di operazioni, e questo a differenza di quanto fu osservato e pubblicato in altre cliniche.

L'oratore attribuisce l'ottimo resultato ottenuto alla tecnica speciale adottata nell'istituto da lui diretto, tecnica che descrive chiaramente e in tutti i particolari.

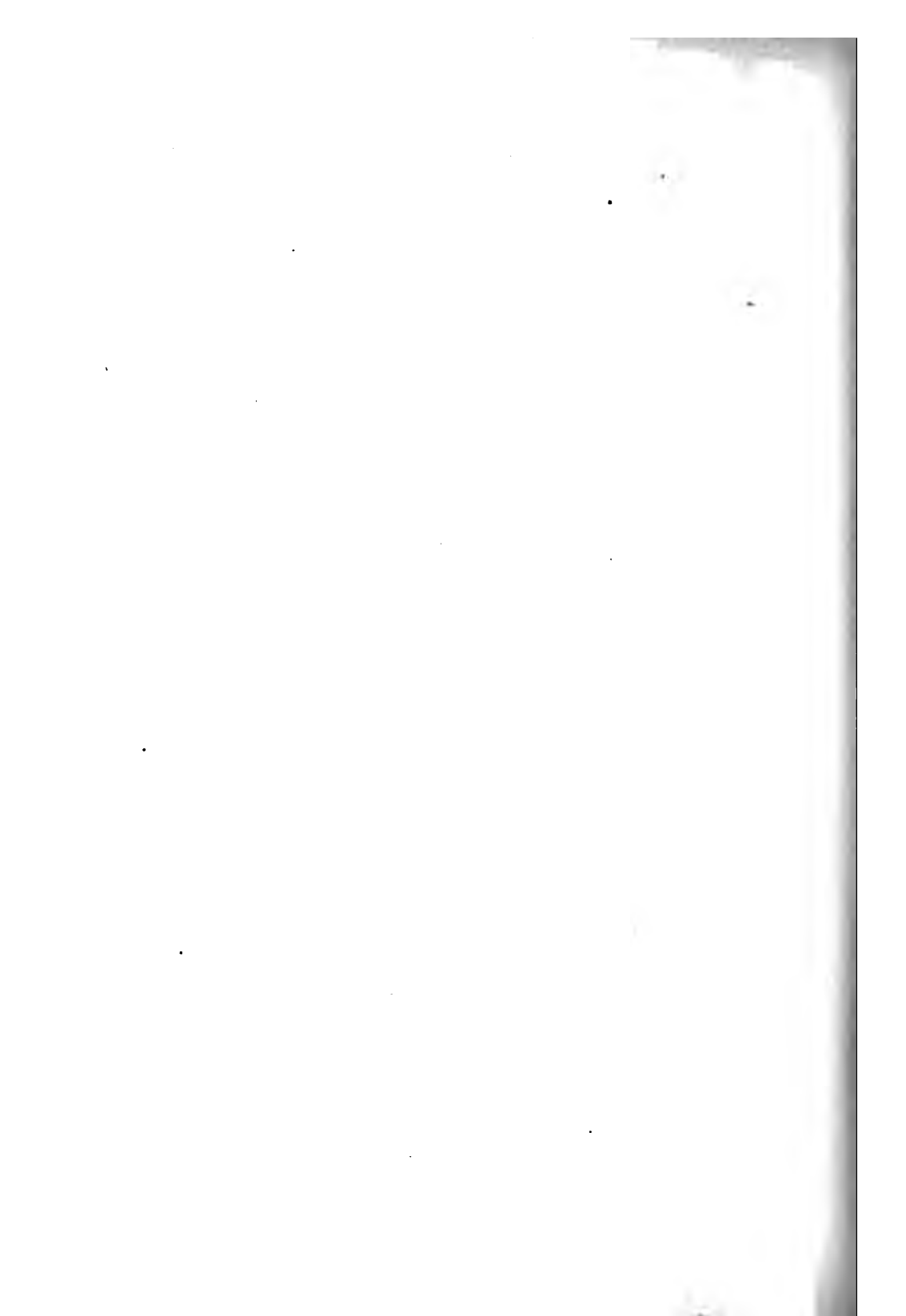
Terminata la comunicazione del Prof. Chiara, il Presidente dà la parola al Dott. **Guidi** per la comunicazione: *anasarca da elmintiasi.*

Alla discussione prendono parte il Prof. Del Greco, il Dott. Colzi, il Dott. Paggi e il Dott. Guidi, a proposito della comunicazione del Professore Chiara; il Dott. Targioni, il Dott. A. Bianchi, il Prof. Luciani a proposito della comunicazione del Dott. Guidi.

La seduta è tolta alle ore 3 pomeridiane.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario degli Atti
Dott. E. Fasola.

ANNO ACCADEMICO 1887-88

CONSIGLIO DIRETTIVO

Luciani Prof. Luigi	*Presidente*
Tafani Prof. Alessandro Celoni Dott. Pietro	*Vice-Presidenti*
Grazzi Dott. Vittorio Bianchi Dott. Aurelio	*Segretarii degli Atti*
Fasola Dott. Emilio	*Segretario delle Corrispondenze*

Consiglieri:

Corradi Prof. Giuseppe — Pellizzari Prof. Pietro — Nesti Dott. Leopoldo
Giuntoli Dott. Luigi — Turchini Dott. Giuseppe — Crapols Dott. Vincenzo

---

COMMISSIONE PERMANENTE

Filippi Prof. Angiolo, *Presidente*
Marcacci Dott. Giorgio, *Segretario*

Consiglieri:

Boncinelli Dott. Pietro — Del Greco Dott. Giovanni — Grilli Dott. Pietro
Tommasi Dott. Tommaso

Targioni Dott. Gustavo, *Cassiere* — Zannetti Dott. Raffaello, *Bibliotecario*

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL 15 GENNAIO 1888.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Presidente*.

Sono presenti i Soci: Sacchi, Luciani, Faralli, Boncinelli, Nesti, Banti, A. Bianchi, Fasola, Bloch, Grazzi, Targioni, Crapols, Guidi, S. Bianchi, Celoni, Tommasi, Martinetti, Giuntoli, Giorgeri, Bottari, Colzi.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pomeridiane.

Letto ed approvato il processo verbale dell'adunanza precedente, il Presidente dà la parola al Dott. **Eugenio Tanzi** intorno alle *ricerche termo-elettriche per le variazioni di temperatura del capo.*

Il Dott. Tanzi dice che ha praticata una doppia serie di ricerche termoelettriche, le une nel capo dell'uomo, le altre sul cervello di animali, con l'intento di studiare le variazioni di temperatura che si manifestano durante le *emozioni* e in dipendenza da esse.

Per ciò che concerne le esperienze della prima serie, eseguite in unione al Dott. Musso nel Laboratorio di Fisica della R^a. Università di Torino, il metodo adottato fu il seguente. Si applicavano due pile (di ferro e argentone) l'una nel ghiaccio in fusione, l'altra nel punto del capo da esplorarsi: fronte, occipite, regione parietale e temporale, faccia. Nel circuito era compreso un galvanometro di Thomson a specchio riflettore, di debole resistenza, e capace di segnare sulla scala graduata fino un settecentesimo di grado C. La scala graduata era situata a circa due metri dal galvanometro; e su di essa si proiettava dallo specchio indicatore una macchia luminosa non più larga di due millimetri, che con i proprii movimenti d'andirivieni copiava, ingrandite, lo oscillazioni dell'ago galvanometrico. Un osservatore accompagnava la macchia luminosa nelle sue escursioni lungo la scala mercè un indice foggiato a freccia, che si poteva muovere e dirigere prontamente mediante una manovella; così facendo, scriveva sopra un cilindro girante a carta continua tutto il cammino percorso dalla macchia luminosa ossia tutte le oscillazioni dello specchio indicatore che avevano avuto luogo durante l'intiera esperienza. Un altro osservatore redigeva il protocollo di quanto era occorso dal punto di vista psicologico; cioè descriveva compendiosamente i mezzi usati a pro-

durre ogni singola emozione e il modo con cui il soggetto ci aveva corrisposto ossia le manifestazioni mimiche o verbali cui si era abbandonato. A esperienza compiuta, il *protocollo*, comprendente, come si è detto, la descrizione dei fenomeni psichici e subiettivi, veniva posto a riscontro col *tracciato*, esprimente la sequela delle variazioni termiche e obbiettive rivelatesi al galvanometro. Appositi e comuni segni convenzionali, interpolati di volta in volta tanto sul tracciato come sul protocollo, permettevano poi di stabilire il perfetto parallelismo delle due registrazioni, ossia la *sincronicità* tra i varii *momenti psicologici* dell'esperienza ed i varii poriodi della curva termogenetica. Sicchè riesciva abbastanza facile l'indagare il rapporto che unisce i secondi con i primi.

Le persone assoggettate a quest'esame furono due, entrambe giovani, donne, sane di corpo e di mente e per null'affatto isteriche. Le sedute sperimentali non furono meno di venti. Ipnotizzati i soggetti, si poteva, mediante opportune suggestioni, produrre in essi ogni sorta di emozioni, dalle più angosciose alle più piacevoli, dalle più violente alle più delicate, dalle più intime alle più appariscenti e pittoresche. Al che era d'aiuto la conoscenza che avevano gli sperimentatori dei precedenti psichici e del carattere dei loro soggetti.

Con questo metodo il Tanzi ed il Musso poterono constatare che ogni qualvolta si produceva un'emozione l'indice, dapprima immobile, del galvanometro si spostava; ossia variava la temperatura della fronte. Non variava, invece, quella dell'occipite, nè delle altre regioni del capo quando ivi si collocava la pila esploratrice. Cosa singolare, anche la faccia, dove solitamente si riassumono, pel rossore e il pallore delle guancie, le manifestazioni centrifughe degli affetti sotto forma di iperemie e di anemie momentanee, non rivelò mai nè costanti, nè notevoli mutamenti termici al galvanometro.

Oltre a questo risultato di localizzazione o per lo meno di prevalenza della reazione emotiva alla fronte, ne emerse un altro non certo indegno di attenzione. Le variazioni, cioè, della temperatura, piuttosto che assumere la forma di progressivi aumenti e di progressive diminuzioni del calore, hanno l'aspetto di vere *oscillazioni*, cioè consistono in ripetute alternative di riscaldamenti e raffreddamenti che si susseguono rapidamente.

Infine, come terzo risultato delle esperienze praticate nell'uomo, apparve anche questo fatto: che per qualsiasi emozione, piacevole o dolorosa che fosse, le oscillazioni di temperatura non variavano gran fatto nè nel loro ritmo, nè nel loro tipo, nè nella loro intensità.

Non solo rimase senz'effetto sul galvanometro l'applicazione della pila alla faccia; ma anche inclinando il capo dal lato della pila ovvero dal lato opposto, ed eziandio producendosi sforzi muscolari atti ad indurre uno stato congestizio nella cute (sia col trattenere il respiro, sia col contrarre fort mente la fronte, la bocca e le gote), il galvanometro rimase sempre mut In altre parole, nessuna delle condizioni più acconcie a produrre un mu mento nella circolazione cutanea del capo, fu capace di rimuovere l'app recchio indicatore delle variazioni termiche dalla posizione d'equilibrio ch

esso manteneva solitamente: di ciò, invece, furono costantemente capaci le emozioni psichiche ogni volta che la pila era collocata nella fronte. Di qui l'induzione che le variazioni termiche osservate fossero indipendenti dalla circolazione cutanea e che *potessero* veramente attribuirsi, almeno ipoteticamente, al calore del cervello trasmesso durante il lavoro funzionale, attraverso ai diversi involucri, fino alla cute del capo.

D'altra parte la conduttività termica notoriamente cattiva di tali involucri infirmava potentemente cosiffatta interpetrazione. In ogni caso poi era ben difficile provare che le variazioni termiche osservate nella cute fossero in esatta dipendenza dalla parte di cervello sottostante, potendo il sangue, reduce dalla rete capillare del cervello iperfunzionante, trasportare l'eccesso di calore, acquistato nel suo passaggio, ad un punto qualunque della cute all'infuori di qualsiasi localizzazione nella regione sottostante al punto cutaneo medesimo.

Per risolvere tutti questi diversi problemi, il Tanzi volle penetrare più addentro nello studio della termogenesi cerebrale. E però, approfittando della liberalità di consigli e di mezzi accordatagli dal Prof. Luigi Luciani, estese nell'Istituto di Fisiologia di Firenze, le ricerche termo elettriche allo esame diretto del cervello, praticando all'uopo, opportune aperture nel cranio di diversi cani e di due scimmie.

In questa seconda serie di ricerche, che servono di conferma e di base alle prime, gli animali venivano narcotizzati. Appena finita l'operazione si cominciavano gli esperimenti. Gli eccitamenti usati per produrre emozioni erano rumori improvvisi, carezze, odori gustosi di cibi; ad una cagna vennero presentati i cagnolini, e si ottenne che ai guaiti di questi rispondesse la voce amorevole della madre; in quasi tutti gli animali si fece poi la prova della *liberazione*, slegandoli dai lacci che stringevan loro le zampe o rallentando il morso che teneva loro fisso il capo, e la speranza, che con questo spediente si suscitava, in essi, di giungere presto al termine dell'esperimento aveva un'eco profonda sul galvanometro, le cui oscillazioni divenivano più ampie e frequenti che mai.

La pila applicata nella breccia craniale e poggiante sulla dura madre, ovvero — in altri casi (incisa la dura) — sul cervello era doppia. Mentre la estremità interna era abbandonata alle vicende termogenetiche della sostanza cerebrale, la estremità esterna si trovava alla stessa temperatura dell'aria ambiente, la quale, data la non grande sensibilità del galvanometro, poteva considerarsi come costante. In altre esperienze, volendosi esaminare contemporaneamente due punti diversi e non potendosi disporre nè di due galvanometri, nè di due pile doppie, si ricorse al seguente mezzo. Ciascuno dei punti da esplorarsi accoglieva una pila semplice, e questa era in comunicazione con altra pila semplice, comune alla prima e alla seconda ed immersa nel ghiaccio fondente. Con quattro vasetti a mercurio si poteva, in uno o due secondi, mutare i rapporti fra le tre pile in maniera che, agendo sempre la pila nel ghiaccio, ciascuna delle altre due poteva a vicenda escludersi o comprendersi nel circuito. Così i due punti potevano esaminarsi se non contemporaneamente, per lo meno ad un intervallo brevissimo.

Ciò posto, ecco le principali deduzioni che si possono ricavare dai fatti raccolti.

1°. Non sempre le eccitazioni dirette a suscitare stati emotivi hanno un riscontro al galvanometro. Ma di ciò non è difficile la spiegazione: gli è che le emozioni non si producono. Infatti il mutismo del galvanometro apparve più costante e più deciso appunto nel primo periodo delle esperienze, quando cioè perduravano gli effetti della narcosi resa necessaria dall'operazione. Appena tali effetti si dissipavano e cominciava il risveglio, l'animale entrava in condizioni tali, da permettere, anzi da favorire ogni sorta d'emozioni. Si può anzi asserire, senza tema di errare, che lo stato di semi coscienza da cui era caratterizzato questo periodo di risveglio fosse il più acconcio allo scopo; poichè un animale legato e terrorizzato com'erano i nostri, avrebbe dovuto trovarsi, se la sua coscienza fosse stata piena ed intiera, in tale stato di preoccupazione, da non permettergli di commuoversi ad alcun eccitamento all'infuori di quello che, molesto e incessante, generava la sua preoccupazione.

Tuttavia accadde spesso che, pur mantenendosi la più grande inerzia nella corteccia, si avessero movimenti dell'estremità e della testa, che pur lasciavano sospettare una qualche attività nervosa. Come spiegare, in tal caso, l'indifferenza della pila applicata alla zona motrice? E se il punto d'applicazione non era in questa, come negare la produzione di uno stato emotivo, quando i movimenti summenzionati sembravano attestarne la presenza? In verità anche le esteriorità di siffatti movimenti indicavano chiaramente ch'essi erano reflessi spinali. Ma per accertare anche meglio la loro natura, si pensò che il midollo spinale stesso poteva dire ove era il loro centro di reflessione. E infatti, introdotta una pila in corrispondenza al rigonfiamento lombare, risultò ch'essa era preda a variazioni termiche incessanti finchè si avevano questi movimenti; mentre le variazioni cessavano allorchè cessavano i movimenti non solo, ma eziandio quando essi assumevano, col perdere la loro rigidezza e prontezza e regolarità, il tipo di contrazioni difensive volontarie. Gli è che nel primo caso il midollo funzionava come centro reflettorio del movimento; nel secondo, invece, o non agiva affatto ovvero operava come semplice organo di conduzione. E infatti avvenne ancora che nel primo periodo delle esperienze, in cui la corteccia — per narcosi — taceva, il midollo fu sempre più che mai instabile nella sua temperatura. Laddove nella seconda fase dell'esperienza, ristabilendosi l'attività corticale e tacendo i fenomeni reflessi, il midollo diventava più costante nel suo stato termico, ossia men frequenti e men forti erano le oscillazioni di questo. Tuttociò senza contare quei casi in cui, tacendo egualmente e il midollo e la corteccia, l'eccitamento riesciva inefficace sia come punto di partenza di atti reflessi, sia come sorgente di emozione. Ciò dipende dalla circostanza che un'emozione richiede, per prodursi uno stato di preparazione psichica, che permetta all'eccitamento di connettere la sensazione immediata che ne è la conseguenza con altre sensazioni ricordi ed immagini rappresentative; poichè l'emozione, lungi dal costituire un processo schematico ed elementare, risulta dall'associarsi di un insieme tumultuario di processi elementari. Sicchè un eccitamento, pure arrivan-

alla corteccia cerebrale, può produrre o no un'emozione, a seconda dello stato generale in cui trovasi la coscienza in quel momento, ossia a tenore dell'elaborazione cui viene assoggettato.

2°. Prescindendo da queste eccezioni, le emozioni produssero un evidente squilibrio della temperatura cerebrale dapprima costante od oscillante in limiti di gran lunga più ristretti. E il tipo assunto da tali variazioni termiche fu costantemente quello osservato nella prima serie di esperienze sulle giovani suggestionate. Vale a dire che fu sempre oscillatorio.

3°. Non soltanto si ebbero, per le emozioni, oscillazioni termiche del cervello; ma queste raggiunsero tali proporzioni (fin due gradi C), da lasciar concepire non solo che *potessero*, ma anzi che *dovessero* trasmettersi per conduzione fino alla cute del cranio.

4°. L'inalazione di nitrito d'amile, pure inducendo modificazioni sul circolo cerebrale, non diede che *tarde* e *scarse* modificazioni della temperatura. I sospiri e le altre modificazioni del respiro non ebbero influenza nel galvanometro. E non ne ebbero tampoco i movimenti passivamente inflitti all'animale.

5°. Le variazioni termiche riscontrate nel cervello degli animali emozionati non erano localizzate, nè predominanti in modo evidente in alcuna speciale regione della corteccia. Il che, invero, contrasta con quanto era stato osservato sull'uomo.

Ma qui è il caso di ricordare la diversità dei mezzi usati nelle due serie di esperienze, come pure la differenza di natura dell'emozioni che determinavansi nell'uomo in confronto a quelle suscitate nei cani e nelle scimmie. Sull'uomo agiva una suggestione verbale; quindi v'era mestieri d'un processo mentale che traducesse la parola in pensiero; e il pensiero produceva, per associazione, nuovi pensieri, ossia nomi di cose e di persone e d'azioni diverse, ossia nuove parole. Il lavorio psichico era più minuto e più fine, concentrato com'era nel campo delle rappresentazioni astratte. Nell'animale, invece, l'eccitamento generatore dell'emozione era più grossolano, più intimamente collegato colla vita sensoriale e motoria: non più parole, ma rumori, contatti, immagini olfattive. Là un processo più complicato, ma ristretto nel suo campo d'attività in contorni più angusti; qua, invece, un processo implicante rapporti più semplici e men numerosi, ma tale da comprendere elementi più svariati e zone corticali più discoste. Un fine ricamo sopra una piccola trina; e quattro punti in croce sopra un largo canavaccio.

Dall'insieme di tutti questi fatti, volendo concludere in maniera generale, il Tanzi ritiene che si possa affermare il processo emotivo essere collegato con squilibrii termici osservabili in estese aree del cervello, laddove le semplici sensazioni e i movimenti o non producono modificazioni di temperatura avvertibili o li producono così limitatamente, da rendere assai più difficile il rinvenirli. Inoltre è interessante il fatto che la circolazione del cervello sembra influire sugli squilibrii termici assai meno che non il processo funzionale ossia il lavorio nervoso della sostanza cerebrale. Infine questo lavorio, che apparisce come il fondamento chimico di quella manifestazione fisica che è rappresen-

tata dalla mutata temperatura, non è continuato; ma, rivelandosi sotto forma di raffreddamenti avvicendati con riscaldamenti, apparisce come un' alternativa di azioni e di riposi, ossia, come tanti altri processi del mondo organico e dell' inorganico, assume aspetto ritmico.

Ha quindi la parola il Dott. **A. Bianchi** intorno *alle modificazioni dell'area gastrica per le variazioni di posizioni e per l' introduzione di cibi e di gas.*

Alla ricerca delle variazioni dell'area gastrica si son dati i principali cultori della semeiotica medica, inquantochè l'importanza di una ben definita misura dello stomaco è apparsa sempre nelle ricerche cliniche.

Nè l'area dello stomaco è sì facile ad esattamente limitarsi, come da molti si crede: la facilità si ha nel trovarle il suono timpanitico fondamentale nella sua parte centrale, ma ben diversa è la facilità di determinare i limiti periferici di questo suono, cioè del viscere che lo produce. — Difatti ognuno sa che se la estremità cardiaca dello stomaco si nasconde sotto il lobo sinistro del fegato o sotto al cuore, quella pilorica è coperta da denso strato di fegato e che se la sua gran curva superiore spesso è nascosta dal suono polmonare, la sua curva inferiore si confonde nei limiti estremi con la sonorità del colon trasverso. Perciò i migliori cultori della semeiotica e della clinica si sono occupati della questione e mi piace qui rammentare gli studii che con particolare amore il nostro clinico Prof. Federici conduceva circa alla possibilità di determinare tale area con l'ascoltazione stetoscopica della percussione e con l'ascoltazione dei suoni cardiaci propagati allo stomaco.

Io, riprendendo in particolare studio l'ascoltazione stetoscopica della percussione, riuscii a potere con essa determinare con scrupolosa esattezza, confermata dagli esperimenti fatti sugli animali e sui cadaveri, nei quali anzi lo stomaco enormemente disteso dai gaz si presta benissimo a queste ricerche, non solo la estensione dell'area gastrica in genere, ma anche le diverse modificazioni che essa subisce per cause diverse.

I.

E prima di tutto dirò che con tale metodo mi è possibile disegnare completamente i confini dello stomaco in tutte le loro parti: non sfugge a questa ricerca nè la sua estremità cardiaca, nè quella pilorica, nè la piccola, nè la grande curva di quello. E mi è così concesso di potere, determinando le due estremità relativamente fisse del viscere, constatare con il confronto della più costante posizione di esse, le altre modificazioni subite dallo stomaco stesso.

Per compiere queste ricerche ho in uso di esaminare prima l'ammalato supino ed a stomaco vuoto e di determinare i confini gastrici, collocando la campana dello stetoscopio successivamente in due punti, che sono l'uno a sinistra ove è massima sonorità timpanitica, presso la mammillare, l'altro sulla linea mediana ove la sonorità timpanitica ben decisa mi indica essere quivi lo stomaco libero dalla sovrapposizione del fegato. Ciò è importante, perchè se nei piccoli possiamo anche con un solo punto centrale accogliere le v-

brazioni recate sul viscere da tutte le sue parti, anche lontane, nei grandi c'è dispersione di quelle e incertezza di resultato, se non cerchiamo di metterci in buone condizioni di esperimento.

Del resto ho in uso di cominciare la percussione dall'alto a sinistra, e via via seguitarla scendendo sempre a sinistra in basso, poi continuando il limite inferiore, risalire a destra e infine percuotere dall'alto al basso per segnare la piccola curva. Nei punti di emergenza del cardias e del piloro trovo che il limite segnato sorpassa il livello degli altri punti di contorno del viscere e allora percuoto da sinistra a destra e da destra a sinistra per il cardias, dal basso all'alto e dall'alto al basso per il piloro, onde determinare la larghezza dell'area occupata dalla regione cardiaca e pilorica dello stomaco stesso. Reperto questo da non disprezzarsi nella diagnosi di molte affezioni del viscere.

II.

Per osservare adesso la influenza dei cangiamenti di posizione del corpo sulla figura dell'area gastrica, comincio dal far porre il paziente seduto sul letto ed osservo che, permanendo pure le dimensioni dell'area già notate nella stazione supina, io ottengo i seguenti fatti: 1° una discesa della curva inferiore, per cui lo stomaco va più in basso di varii centimetri nella regione mediana; 2° una discesa della curva superiore e della piccola curva: questa lieve, quella talora notevole; 3° un allungamento delle linee che mi determinano la regione cardiaca: nulla o poco di quelle piloriche, se lo stomaco è vuoto o quasi.

Facendo porre il paziente ritto addirittura, ho i fatti stessi più accentuati, ma null'altro di straordinario. Se invece colloco il paziente sul fianco destro ho uno spostamento di pochi centimetri della curva destra verso il basso e l'esterno, di quella sinistra verso il basso e l'interno e le linee cardiache sono assai più allungate, mentrechè quelle piloriche appena si veggono. Se invece lo faccio porre sul fianco sinistro ho spostamento dello stomaco in modo inverso e un allungamento delle linee piloriche e delle cardiache.

III.

Se al malato, in posizione eretta, fo ingerire un bicchiere di liquido, osservo che subito dopo l'area gastrica si modifica come appresso.

1°. Discesa in basso per varii centimetri della curva inferiore.

2°. Diminuzione della curva laterale sinistra e della curva superiore.

3°. Abbassamento e maggiore concavità della piccola curva.

4°. Allungamento notevole delle linee cardiache e mite delle linee piloriche.

Facendo volgere il malato sul fianco destro si osserva:

1°. Uno spostamento mite verso destra della curva inferiore destra.

2°. Uno spostamento dalla linea mediana della curva sinistra appiattita.

3°. Un abbassamento verso destra della piccola curva.

4°. Un allungamento più mite delle linee cardiache e quasi nullo delle linee piloriche.

Nella posizione sul fianco sinistro invece si osserva:

1°. Uno spostamento intensissimo verso sinistra della curva sinistra.

2°. Uno spostamento discreto della curva destra verso sinistra.

3°. Un abbassamento notevole della piccola curva, che si fa molto convessa.

4°. Un allungamento notevolissimo delle linee piloriche e notevole pure delle linee cardiache.

Anche dopo l'ingestione di copia maggiore o minore di cibi e di liquidi si hanno i medesimi fatti, se non che allora tutte le curve sono maggiormente trascinate in basso nel punto ove si esercita la massima pressione del contenuto gastrico.

IV.

Una curiosità che può avere un valore pratico è pur anco la determinazione della posizione e della quantità del contenuto gastrico, fatta per mezzo del solito metodo.

Perciò occorre porre lo stetoscopio nel punto, ove si suppone che per le leggi della gravità debba trovarsi il contenuto gastrico semiliquido o liquido e percuotere verticalmente dall'alto al basso o da destra a sinistra o da sinistra a destra, secondochè il malato è in posizione eretta, o laterale sinistra o laterale destra. Allora si osserva che il liquido o semiliquido stesso si livella nel viscere, dando così una idea abbastanza approssimativa della capacità della cavità gastrica, come mostrerò in altro mio lavoro sull'argomento.

V.

Se dopo aver fatto bevere al malato un bicchiere di limonata, gli si fa bere un bicchiere di soluzione addolcita di bicarbonato di soda, si produce artificialmente la distensione gastrica per gaz acido carbonico.

Le modificazioni che allora subisce l'area suddetta sono le seguenti:

1°. Aumento di dimensioni in tutte le sue parti, con predominio della curva inferiore destra, e sinistra e della curva superiore: poco si sposta la piccola curva e per lo più essa si fa più concava.

2°. Diminuzione delle linee piloriche e cardiache.

VI.

Le conclusioni di queste mie osservazioni di semeiotica sperimentale parmi che siano le seguenti:

1°. Non è più concesso al clinico coscienzioso di fare un solo esame dello stomaco per determinarne le dimensioni e la figura, perchè esso variando tanto, richiede moltiplicità di osservazioni e di esami.

2°. Occorre per ben studiare la integrità delle funzioni del viscere, esaminare le modalità che le regioni pilorica e cardiaca offrono al variare delle posizioni e del contenuto dello stomaco.

3°. Nella posizione verticale normalmente si ha sempre un abbassamento in massa del viscere ed un allungamento dei suoi punti fissi, cardias e piloro.

4°. Nelle posizioni laterali nel sano l'abbassamento dello stomaco è verso il lato collocato più basso e mentre il punto fisso corrispondente a questo resta quasi invariato l'altro si allunga.

5°. Tali fatti sono più notevoli, se lo stomaco contiene alimenti liquidi o solidi.

6°. La distensione gastrica per gaz cresce in genere l'estensione dell'area gastrica, ma più verso il basso e a sinistra, che nelle altre parti di essa.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Tanzi, il Dott. **Banti** chiede al Dott. Tanzi se alle persone esaminate venivano rasi i capelli nel punto ove erano applicate le pile.

Il Dott. **Tanzi** risponde che tale precauzione potè trascurarsi grazie alla forma data alla pila. Quest'ultima era foggiata ad ago e la sua punta, sottilissima, poteva insinuarsi, per così dire, tra un capello e l'altro. Alle ipnotizzate si chiedeva se sentissero una specie di prurito pel contatto dell'ago; e sulla loro risposta affermativa era accertato che la pila toccava veramente la cute.

Il Dott. **Banti** domanda se intercedeva un certo tempo tra il momento in cui si produceva l'eccitamento e quello in cui cominciavano le oscillazioni del galvanometro.

Il Dott. **Tanzi** replica che l'intervallo accennato dal Dott. Banti sussisteva, per quanto in generale sembrasse assai piccolo. Però il tempo limitato e la difficoltà di disporre dei soggetti a nostro piacimento ci impedì di misurare un tale intervallo. Troppi erano i problemi che ci si presentavano spontaneamente perchè ci compiacessimo di crearcene artificialmente degli altri, per quanto ragionevoli e interessanti. Oltre a ciò i mezzi con cui l'emozione si produceva consistevano molto spesso non già d'un eccitamento isolato, ma d'una serie di eccitazioni progressive, che si sommavano a vicenda. Nell'uomo eran lunghe sequele di parole che, dirette tutte a provocare una data emozione, potevano riescire, anche ad insaputa degli sperimentatori, di ben diversa efficacia; sicchè era difficile separare il periodo reattivo dell'emozione dal suo periodo eccitativo. Le due fasi erano in buona parte sovrapposte: e in ogni modo la reazione termica avveniva con una rapidità considerevole e, ad esempio, evidentemente maggiore di quella con cui soglionsi produrre i riflessi vaso-motorii.

Il Prof. **Luciani** avendo assistito qualche volta alle esperienze e volendo fornire al Tanzi un'occasione di fissare in maniera anche più evidente alcuni dei fatti da lui osservati, gli chiede se notò nelle osservazioni termiche determinate dalle emozioni, alcune speciali caratteristiche. Lo invita a descrivere il tipo di queste oscillazioni e se per avventura fossero differenti, le

forme ch'esse assumevano nelle varie emozioni e nei processi *non emotivi* dell'attività cerebrale.

Il Dott. **Tanzi** ringrazia il Prof. Luciani della domanda che gli ha rivolto. Più che una risposta, egli non avrà a faro che una semplice parafrasi delle sue parole. In generale le emozioni diedero tutte le stesse oscillazioni termiche: medesima intensità, medesimo ritmo, medesima frequenza. Solo per lo *spavento* parve abbastanza costante il fatto d'una fase primordiale di raffreddamento; e quando un tal fatto non apparve, non risultò chiaramente il fatto contrario. Del resto i raffreddamenti furon più rari che i riscaldamenti; durante l'emozione, gli uni e gli altri si ripeterono per tre, quattro, cinque volte, senza che le rispettive proporzioni si mostrassero gran fatto diverse. Di tanto, cioè, la temperatura s'inalzava di quanto s'era abbassata; sicchè traducendo in un tracciato le oscillazioni dello specchio galvanometrico, le onde d'inalzamento dalla linea d'indifferenza non differivano da quelle di abbassamento. Oltre a ciò, è interessante a notarsi che la congestione cerebrale provocata momentaneamente col nitrito d'amile diede piuttosto una linea progressivamente inalzantesi che non un aumento delle oscillazioni.

Il Dottor **Bianchi** chiede al Tanzi come concilierebbe i proprii risultati con quelli dell'Amidon, e che concetto si sia formato delle ricerche di termoscopia cerebrale praticate da questo sperimentatore.

Il Dott. **Tanzi** crede che in generale a tutte le ricerche di questo genere si possano muovere parecchi appunti, che ne infirmano o ne diminuiscono grandemente l'attendibilità, specialmente in connessione cogli stati emotivi. Tali appunti si possono riassumere nei seguenti capi d'accusa:

1°. Alcuni autori applicarono due pile in punti diversi del corpo o del capo, trascurando di provvedersi d'una sorgente di calore costante. In questo modo riesce sempre incerto se le oscillazioni osservate al galvanometro sono dovute al riscaldamento di una pila ovvero al raffreddamento dell'altra.

2°. Altri sperimentatori trascurarono di instituire le debite distinzioni tra *sensazione* ed *emozione*. Dimenticando che tra lo stimolo prodotto e la reazione ottenuta esiste un cervello capace, anche in narcosi, d'una certa attività indipendente dagli schemi prefissi nelle esperienze, essi credettero di poter tutto ridurre al tipo del reflesso *cerebrale*, ossia alla sensazione semplice. Invece nella corteccia cerebrale del meno intelligente fra gli animali esistono mille fattori che, indipendentemente dalla volontà di chi esperimenta, possono col loro intervento o colla loro assenza parziale e totale o colla diversa attività con cui operano e s'intrecciano, modificare sostanzialmente il processo psichico. Lo stesso stimolo può, a seconda dei movimenti psicologici, o rimanere nel campo dei reflessi cerebrali, o generare, associandosi variamente cogli stati di coscienza precedenti, i processi rappresentativi, motorii ed emotivi più disparati ed inattesi. Così ad esempio, nelle esperienze instituite dal Prof. Maurizio Schiff, è molto probabile che le oscillazioni osservate dipendessero da emozioni anzichè da sensazioni tattili. Così si spiega infatti, come esse si manifestassero in modo incostante e come, nei due emisferi, avessero la stessa intensità. Se non si capisce perchè un organo non paralitico non debba ad ogni eccitamento reagire colla congrua sensa

zione, questa incostanza di reazione si comprende invece perfettamente nel caso dell'emozione, per tutto ciò che fu già detto. Ed anche la diffusione della reazione ai due emisferi, se contraddice al concetto delle localizzazioni cerebrali finchè stiamo nel campo delle sensazioni elementari, rientra benissimo nei nostri concetti generali allorchè riteniamo che l'eccitamento da noi prodotto abbia determinato non già una sensazione, ma un'emozione, non già un processo semplice e schematico, ma una serie di processi associati ossia un'azione d'insieme.

3°. Altri infine, fra i fisiologi e clinici e psicologi che si occuparono dell'argomento, fecero uso di termometro. Ora l'esperienza mi dimostrò che per oscillazioni così rapide come quelle da me osservate nella temperatura del capo e del cervello, un termometro, per quanto delicato, è insufficiente. L'inerzia del mercurio, messa alla mercè di un riscaldamento e di un raffreddamento quasi simultanei, fa sì che non vengano registrati nè l'uno nè l'altro. Invece la pila termo-elettrica, per la buona conduttività del metallo (laddove il mercurio è avvolto nel vetro) e per la minima resistenza da vincere nel circuito elettrico, è idonea a obbedire e a seguire le oscillazioni termiche dell'ambiente nel quale si trova, in tutti i loro dettagli, in tutti i loro momenti.

Non rammento in quale di queste rubriche cadano le ricerche dell'Amidon, ma è difficile che si sottraggano a tutte le censure espresse in quelle rubriche.

Il Dott. **A. Bianchi** osserva che le ricerche cui alluse furono praticate con termometri.

Il Prof. **Luciani** vorrebbe che il Tanzi accennasse brevemente anche ai precedenti storici della termoscopia cerebrale.

Il Dott. **Tanzi** lieto che l'ipemmesia del Prof. Luciani, soccorrendo alla sua amnesia, gli porga il mezzo di colmare questa lacuna, accenna ai lavori di Schiff e di Corso. Dimostra che i suoi risultati stanno in armonia e con gli uni e con gli altri; dice che il Corso non ebbe torto allorchè affermò d'aver rinvenuto raffreddamenti nel cervello in attività. Ciascuno dei due osservatori in parola vide un lato del fenomeno; l'uno s'arrestò al riscaldamento, l'altro, senza negare questo, si trattenne anche al fenomeno del raffreddamento. La verità è che, cogli elementi sparsi nell'uno e nell'altro lavoro, si può ricostituire la linea generale delle variazioni termiche consecutive al lavoro cerebrale: e questa linea consiste in un avvicendarsi di riscaldamenti e di raffreddamenti, ossia di azioni e di riposi, che testifica probabilmente la ritmicità delle funzioni psichiche e il loro manifestarsi quasi per una serie di esplosioni.

Sulla comunicazione del Dott. A. Bianchi non avvenendo discussione, questa si dichiara chiusa.

Il Dott. **Bianchi** propone che a ringraziare il Dott. Tanzi della bella memoria comunicataci, sia esso, seduta stante, nominato membro corrispondente dell'Accademia.

La proposta è votata per acclamazione.

Il Dott. **Tanzi** ringrazia e l'adunanza è sciolta alle 3 pom.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario degli Atti
Dott. Aurelio Bianchi.

SECONDA ADUNANZA DEL 29 GENNAJO 1888.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani *Presidente.*

Sono presenti i socii Signori Luciani, Fasola, Bianchi A., Bianchi S., Del Greco, Roster, Guidi, Tommasi, Giuntoli, Boncinelli, Pellizzari G., Signorini, Baldi, Block, Ricchioni, Sacchi, Crapols, Fatichi, Turchini, Marcacci, Nesti, Martinetti, Bottari.

La seduta è dichiarata aperta alle 1 pom.

Letti ed approvati i processi verbali precedenti, il Prof. **Luciani** comunica la nomina dei signori Tafani, Corradi, Giuntoli, Grazzi, Crapols e Turchini a Membri del Consiglio, la nomina a Presidente di sè, quella a Vice-Presidenti di Tafani e Celoni, a Segretarii degli atti di Bianchi A. e Grazzi e a Segretario della corrispondenza di Fasola.

Il Prof. **Luciani** annunzia che il Succi ha espresso il desiderio di fare un digiuno di 30 giorni, purchè si costituisse una Commissione scientifica. Il Prof. Luciani aggiunge che lo studierebbe volentieri, perchè, essendo eliminata l'azione dei cibi, si possano fare studii interesanti per il consumo nel riposo, nel lavoro muscolare, mentale e nervoso.

Propose di portare la questione nel seno dell'Accademia e poichè il Consiglio l'appoggiò caldamente, oggi egli ne fa proposta formale dicendo che sarebbe cosa di supremo interesse. Il Succi ha dato i processi verbali del digiuno sostenuto a Forlì, a Milano e a Parigi, e da essi l'oratore ha potuto vedere che il digiuno fu serio e la diminuzione di peso fu progressiva con irregolarità spiegabili con le varie funzioni. Del resto, il digiuno lungo è possibile, purchè si beva acqua e lo stomaco possa essere mantenuto con ripetute lavande per impedire lo sviluppo e l'assorbimento delle ptomaine o degli altri alcaloidi che così si produrrebbero. — Dice d'aver visto morire un can[e] al 44° dì del digiuno. È questione di potere superare lo stimolo della fam[e] nei primi giorni; e quindi, conchiudendo, propone la formazione di una Com[-] missione, che precisi il programma dell'esperimento, che divida il lavoro e che [a] sua volta crei una Commissione di sorveglianza tra i medici ed altre persone d[i] sua fiducia. Il Succi ha aderito formulando un programma, nel quale ammette [l]

sorveglianza continua nei 30 giorni del digiuno, durante il quale però può essergli permesso l'uso d'acqua purgativa, alcalina, potabile calda e fredda, di olio d'oliva per spalmature. Il Succi si dichiara pronto a sottoporsi a tutte quelle osservazioni ed esperienze che saranno credute più opportune per la scienza e per la verità sotto l'osservanza delle seguenti condizioni: delle seguite osservazioni si farà constatazione mediante verbale redatto in duplice copia, una delle quali resterà in potere del Succi e l'altra all'Accademia: sarà tenuto un registro giornaliero nella sala di osservazione: al principio del digiuno il Succi potrà bevere il suo *liquore segreto* in quella quantità che più gli parrà conveniente: potrà tenere posizione supina costante nei primi giorni. Sono facoltativi poi: le passeggiate nei successivi dì, la equitazione ed il nuoto; può continuare a dirigere il suo giornale sullo *Spiritismo*. Nel trentesimo dì sarà tenuta una festa da ballo, dove il Succi prenderà parte alle danze: in giorni da stabilirsi saranno fatte delle gite di piacere a Pisa ed a Siena. Resta autorizzato a mangiare il 31 di Marzo.

Il **Presidente** quindi domanda se la proposta sulla *Nomina della Commissione* è, o meno, accettata dal Consesso.

Il Dottor **Signorini** chiede che sia preliminarmente discusso se l'Accademia consentendo al chiesto esperimento, volesse con questo fare adesione a quanto dal Succi è asserito: *essere*, cioè, *una forza sopranaturale che lo sostiene.*

Il **Presidente** risponde che questa interpretazione è assurda: l'esperimento può farsi, e seriamente, senza che perciò l'Accademia dovesse restare compromessa nella sua dignità. Protesta ch'egli e a nome suo e a nome dell'Adunanza non divide le interpretazioni del Succi perchè erronee; ma insiste nella proposta dacchè le ricerche scientifiche che si andranno facendo possono condurre a buoni e importanti resultati.

Il Dott. **Marcacci,** interloquendo in merito al digiuno del Succi, dice che due circostanze sono gravi: 1° la possibilità di rigorosa sorveglianza per la serietà dell'esperimento, perchè bisognerebbe che la sorveglianza fosse doppia; 2° e, supposta la sua possibilità, quale utile se ne può ricavare dall'esperimento del digiuno fatto dall'uomo, quando lo stesso esperimento si possa fare sopra gli animali? Quindi dubita della importanza del fatto.

Il **Presidente** risponde che una sorveglianza rigorosa potrà sempre esercitarsi. Sul secondo dubbio messo innanzi dal Dott. Marcacci osserva che l'importanza delle ricerche nel digiuno dell'uomo è ben diversa da quella che si avrebbe nel digiuno degli animali sotto il punto di vista del consumo. Infatti l'animale non può agire a sua volontà, studiare, parlare, ecc.; cose tutte per le quali è imprescindibile un maggiore o minor consumo di forze. Quindi, a differenza del digiuno sull'animale, nell'altro v'è da studiare lo stato psichico dell'uomo che forma il soggetto dell'esperimento. Così noi abbiamo le ricerca dei fosfati nelle orine, dei fosfati dopo il lavorío muscolare, che ci fa avvertire i prodotti consumati dai muscoli nel lavoro; le modificazioni dell'organismo psichico; cose tutte di grande importanza scientifica e pratica. Già il Senator ed altri, riconosciuto il bisogno di tali studii, li hanno seguìti con amore e con

interesse: onde (continua l'oratore) sarebbe bene che da noi fossero in omaggio alla scienza ripetuti e continuati.

Il Prof. **Roster** dice che ammetterebbe il digiuno sempreché gli esperimenti in proposta siano importanti e che la sorveglianze sia completa. Se non che osserva, che il Succi sottoponendosi a un tale esperimento ha uno scopo meramente finanziario, ove non ve ne sia qualche altro che non ci è dato di potere rintracciare. Ad ogni modo, aggiunge, il programma presentato dal Succi ha un lato debole, che davanti il volgo potrebbe menomare la dignità della scienza, la quale si vorrebbe così mistificare, risentendone l'Accademia tutte le conseguenze del ridicolo.

Il **Presidente** domanda al Prof. Roster che cosa crede che sia il ridicolo e da qual fatto ne possa derivare.

Il Prof. **Roster** risponde che nel suo interesse il Succi pubblicherà nel suo giornale *spiritico* il risultato degli esperimenti ritorcendoli a pro delle sue *fole e delle sue pappolate*, il che non sarebbe decoroso.

Il Dott. **Nesti** crede alla importanza della cosa; fa sua la opinione del Prof. Roster e, come lui, non vorrebbe che il giornale *spiritico* sia il portavoce degli esperimenti del Succi: domanda inoltre che cosa si propone il Succi con le gite fuori di Firenze; perchè ben si può dubitare che quelle gite non servissero di mezzo per mangiare clandestinamente. Proporrebbe pertanto di vederlo in continua osservazione sotto il regime di rigorosa sorveglianza.

Il **Presidente** assicura che lo scopo di quelle gite è per mestiere, vale a dire di mostrarsi agli studenti di quelle Università e di far denaro. D'altronde, dice l'interpellato, sarà frustrato ogni pericolo di mistificazione, perchè la sorveglianza non sarà punto rallentata durante il tempo delle proposte escursioni.

Il Dott. **Nesti**, ripigliando la parola, dimostra che sotto quest'aspetto il programma del Succi non è accettabile nè dal lato scientifico, nè dal lato morale. Soggiunge che se il Succi per privati suoi fini volesse fare le proposte gite di piacere, potrebbe rimandarle al 31° dì, quando, cioè, sarà cessata l'ingerenza dell'Accademia.

Il **Presidente**, in ordine alla durata del digiuno, osserva che non assume alcuna responsabilità. Dice che durerà fino alla massima tolleranza, e che da parte sua si farà sollecito avvertire il Succi tosto che si manifestino sintomi di debolezza e di abbattimento incompatibili alla continuazione del digiuno.

Il Prof. **Roster** prega onde sia ricusata la ***nomina della Commissione*** la quale tornerebbe all'Accademia di pregiudizio completo.

Il Dott. **Marcacci** dice che in conclusione non crede importante lo studio del digiuno, poichè di questi se ne son fatti e nessuno ha dato fino ad ora dei buoni resultati.

Il **Presidente** risponde che le ricerche non sono state accurate. Ad eccezione del Digny di Berlino, gli altri sono stati superficiali.

Il Dott. **A. Bianchi** appoggia la ***nomina della Commissione.***

I Dottori **Tommasi** e **Nesti** la sussidiano dei loro voti favorevoli.

Il **Presidente** la pone ai voti.

È approvata all'unanimità meno due.

Il Dott. **Mario Signorini** presa la parola fa la sua comunicazione sulla *Vaccinazione e sifilide.*

La sifilide per vaccinazione ha fino dal 1814 preoccupato i medici, e lo provano il lavoro del Monteggia e quelli dell'Arioli e del Marcolini.

In seguito non tutti sono stati concordi: e mentre alcuni hanno ammesso senz'altro la sifilide vaccinica, altri l'hanno assolutamente negata, altri ne hanno dubitato. L'Horteloup fu dei primi, il Delzema, Celso Pellizzari, ed altri furono fra i secondi. Consigliarono la trattazione di questo argomento alcuni casi di sifilide vaccinica studiati in questo anno nella Clinica sifilopatica del R. Istituto di Studi Superiori. Riassumendo la storia dei fatti, ecco come si verificarono questi casi. Nel Maggio decorso furono praticate le vaccinazioni e le rivaccinazioni in un paese della Toscana e tutte con buono esito. Nelle due ultime sezioni della condotta furono fatte come vaccinifera una bambina di tre mesi che presentava tutti i caratteri di una buona salute, non avendo sopratutto nessuna ulcerazione nè alla regione genito-anale, nè alla bocca. Per vaccinare i bambini della prima sezione furono adoperate tre pustule. Per vaccinare gli altri nove della seconda sezione furono adoperate queste stesse strisciando con forza l'ago per spremerne la linfa. Per due soli fu adoperata quella che era restata intatta. Ora di questi nove bambini, sette furono sifilizzati, due rimasero immuni. I casi osservati in Clinica furono i seguenti:

Osservazione prima. — Madre con due bambini che presentavano la cicatrice del sifiloma iniziale, uno nel braccio destro, l'altro nel sinistro. Placche mucose ulcerate nella regione genito anale e nella bocca. Ingorghi glandulari multipli. La madre aveva una piccola cicatrice alla base del capezzolo destro con ingorgo delle glandule ascellari. Qualche macchia di eritema, qualche papula.

Osservazione seconda. — Madre con una bambina — Placche mucose ulcerate — La madre sifiloma iniziale alla mammella sinistra.

Osservazione terza. — Donna con cicatrice del sifiloma al capezzolo destro, ingorghi glandulari multipli, cefalea, angina indolente, qualche macchia di eritema. Allevò un bambino che fu sifilizzato colla vaccinazione e che morì. Morì pure una sua bambina vaccinata e sifilizzata contemporaneamente.

Osservazione quarta. — Donna con sifiloma iniziale alla mammella destra — Dette latte ad un bambino sifilizzato colla vaccinazione ed al suo. Morirono l'uno e l'altro.

La sifilide per vaccinazione dice il Simonet può avere tre sorgenti: il vaccinatore, il vaccinifero, il vaccinato.

Il primo, quando usi strumenti non puliti o essendo sifilitico e con manifestazioni in bocca adopero la saliva per stemperare il pus, il secondo quando sia sifilitico, il terzo quando pure sia sifilitico e che immergendo l'ago la pelle si trasporti il contagio sulle pustole del vaccinifero. Ammesso, come il Prof. Pietro Pellizzari ed altri ammettono che le cause irritanti possono nella località determinare delle manifestazioni nei soggetti sifilitici, il trauma eseguito per la vaccinazione può dar luogo ad una pustola vaccinica

modificata, o attorno alla pustola madre a manifestazioni umide specifiche. In tal caso si intende come la sifilide possa trasmettersi. Infine il sangue mescolato alla linfa può essere veicolo della sifilide. Nei casi nostri fu il vaccinifero la sorgente del contagio, per quanto la sifilide fosse latente, e si compiè per la mescolanza del sangue alla linfa.

Di fronte ad un pericolo così evidente resulta chiaro come sia preferibile la vaccinazione animale, quando sia fatta con pus fresco e per quanto è possibile direttamente.

Il Dott. **Ricchioni** chiesta ed ottenuta la parola interloquisce *sopra un caso di ciste idatica parotidea.*

A causa dell'ora tarda, la discussione sugli argomenti svolti dai signori Signorini e Ricchioni è rimandata alla seduta prossima.

La seduta è levata alle 3 e un quarto pom.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani

Il Segretario
Dott. Aurelio Bianchi

TERZA ADUNANZA DEL 19 FEBBRAIO 1888.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

Sono presenti i soci: Luciani, Bianchi Aurelio, Tommasi, Bianchi Stanislao, Boncinelli, Sacchi, Banti, Signorini, Baiardi, Guidi, Fasola, Bottari, Crapols, Giuntoli, Pellizzari Guido, Baldi e Grazzi.

L'adunanza è aperta alle 1 e mezza pom.

Letto ed approvato il processo verbale, il **Presidente** dicendo che per la ristrettezza del tempo non fu possibile nella precedente adunanza, aprire la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Signorini domanda se qualcuno in ordine alla stessa desidera parlare.

Non essendo chiesta da alcuno la parola, il Presidente chiama il Dott. **Bianchi Stanislao** al banco dei lettori affinchè incominci la sua comunicazione *Sopra il processo paramastoideo*, riscontrato nel dissecare le parti molli del collo in un adulto. — Il processo era unilaterale, a sinistra, a forma di piramide quadrangolare, alto 11 millimetri, ad apice tronco, distante due millimetri dall'apofisi trasversa dell' atlante: esistevano il muscolo rettolaterale ed il legamento occipito antlantico normalmente sviluppati, anzi il legamento s' inseriva all' apice ed alla faccia anteriore di detto processo. — Enumera i casi finora noti di processo paramastoideo, e giudica rarissima l' anomalia, d' accordo con gli altri osservatori. Fa distinzione fra il vero processo e le eminenze che si possono qualche volta ritrovare in qualche parte degli ossi occipitali e raggiungere dimensioni ragguardevoli: differenze date dalla forma, dalle superfici, dalla frequenza con cui si riscontrano e dal modo di originarsi. — Dimostra con un preparato come le faccette articolari battezzate dal Legge come varietà del processo paramastoideo siano formate dal ritrovarsi talvolta ossicini anomali nell' articolazione atlantoccipitale.

Il Dott. **S. Bianchi** riferisce le interpretazioni date dagli osservatori sul modo d'originarsi del processo. Esclude che esso sia dovuto ad ossificazione dei ligamenti o dei muscoli: crede che il processo paramastoideo si sviluppi per un punto proprio d' ossificazione, come ha potuto dimostrare sul terzo condilooccipitale. — Ritrovandosi poi il detto processo in alcune specie di vertebrati (Equidi, e in taluni ovis) gli fa ritenere che l'anomale processo nell uomo ripeta la disposizione normale di quei vertebrati. Ammettendo poi la teoria craniovertebrale crede che il processo paramastoideo rappresenti l'apofisi trasversa della vertebra occipitale. (Owen, Mantegazza).

Terminata la lettura del Dott. S. Bianchi, il Presidente apre la discussione sulla medesima, ma nessuno domandando la parola, egli rivolge al lettore la domanda « come possano conciliarsi le opinioni che si tratti di un processo dipendente da atavismo, o che rappresenti l'apofisi trasversa della vertebra occipitale. »

Il Dott. **S. Bianchi** risponde dimostrando come queste due ipotesi, cioè ripetizione del processo dei vertebrati inferiori ed apofisi trasversa della vertebra occipitale, si possano accettare ugualmente per spiegare la formazione del processo paramastoideo.

Il **Presidente** comunica quindi la relazione della Commissione nominata per preparare il programma del concorso al *premio Zannetti*, relazione che viene letta dal segretario.

Terminata la lettura di questo rapporto, il Dott. **Tommasi** domanda la parola dichiarandosi incaricato dalla Società Filoiatrica di fare osservare all'Accademia che nella prima parte di quel rapporto era detto che il tema scelto per il concorso al *premio Zannetti* aveva per titolo « Chirurgia del cervello e sue meningi » mentre nel programma di concorso era stata cambiata la parola « meningi » in « involucri ». Alla Società Filoiatrica, la quale come sappiamo, concorre in parte a formare il *premio Zannetti* piaceva di più mantenere la prima espressione.

Domanda la parola il Dott. **Banti** per rispondere al Dott. Tommasi sembrandogli che la seconda dizione sia equivalente alla prima, non essendo quindi stato introdotto nel tema, che deve servire di concorso al *premio Zannetti*, alcun cambiamento, equivalendo la parola *involucri* a *meningi*. Il Dott. Banti fa poi osservare che nel programma di concorso per il *premio Zannetti* non vi è alcun articolo per dichiarare se il lavoro da presentarsi al concorso debba essere manoscritto o stampato, e se il nome del concorrente debba essere palese o segreto.

Il **Presidente** vedendo fra gli adunati il Prof. Baiardi, che faceva parte della commissione per redigere il programma per il concorso per il *premio Zannetti*, lo invita a dare spiegazioni in proposito.

Il Prof. **Baiardi** dice che il nome del concorrente non deve essere ignoto perchè la chirurgia del cervello non è fatta da molti; si tratta di operazioni che in generale vengono eseguite in pubblico negli ospedali, sarebbe quindi facile di supporre il nome del concorrente, anche se non lo avesse dichiarato; la commissione credè quindi di non prescrivere che il nome del concorrente fosse ignorato.

Il **Presidente** aggiunge, che coloro i quali vorranno prender parte al concorso tenendo celato il nome potranno farlo, come si pratica nei concorsi dell'Accademia dei Lincei lasciando libero al concorrente di palesare o li nascondere il nome a suo talento, sottintendendosi nei programmi di conc o che è permesso ciò che non è vietato. Il concorrente è pure libero di mand e il lavoro manoscritto o stampato.

Il Dott. **Banti** propone che queste interpretazioni siano inserite nel p cesso verbale e servano di norma per il concorso del *premio Zannetti*, p ponendo inoltre che si stabilisca il termine del medesimo.

Il **Presidente** dichiara che il programma di concorso sarà stampato con la data 1° marzo 1888 ed i concorrenti potranno presentare i loro lavori fino al 28 febbraio 1889.

Il Dott. **Tommasi** domanda la parola per sapere se l' Accademia accetta il tema proposto per il concorso al *premio Zannetti*, come venne annunziato dal relatore Dott. Nespoli alla Società Filoiatrica, oppure col cambiamento di parola introdottovi dal Prof. Corradi, il quale sostituì la parola « involucri » a « meningi. »

Il **Presidente** fa notare all' onorevole preopinante che le due parole sono equivalenti, come ha dichiarato anche il Dott. Banti. Ma pure se il Prof. Baiardi che fa parte di quella commissione crede che debba mantenersi la parola « meningi » egli non ha niente in contrario.

Il Prof. **Baiardi** prende allora la parola per dichiarare che il Prof. Corradi non ha in realtà cambiato niente nel tema che deve servire di concorso al *premio Zannetti;* ma per soddisfare l' incaricato della Società Filoiatrica non si oppone a che venga mantenuta la dicitura medesima del relatore Dott. Nespoli, sostituendo la parola « meningi » alla parola « involucri. »

Il **Presidente** domanda all'Accademia se debba comunicarsi al Prof. Tebaldo Rosati il voto di plauso contenuto nella relazione della commissione incaricata di redigere il programma di concorso al *premio Zannetti*. La proposta del Presidente essendo accettata all' unanimità viene incaricato il Segretario di partecipare questo voto al Prof. Rosati.

Il **Presidente** prende quindi la parola per informare l' Accademia di quanto è stato fatto dalla Commissione nominata per stabilire le norme relative al digiuno del Sig. Succi. Detta Commissione si è adunata diverse volte allo scopo di stabilire i temi scientifici da risolversi durante il digiuno suddetto, per creare una numerosa giunta di sorveglianza e per stabilire le norme della sorveglianza stessa. Dopo varie spiegazioni e trattative corse fra il Sig. Succi e la Commissione nominata dall'Accademia, fu stabilito un contratto o capitolato in forma legale di cui il segretario dà completa lettura.

Il **Presidente** enumera quindi le varie questioni che la Commissione si propone di studiare durante il digiuno del Sig. Succi, invitando quindi i Signori Adunati a presentare le loro osservazioni sul capitolato letto dal Segretario.

Domanda la parola il Dott. **Sacchi** dicendo che sarebbe bene registrare quell' atto, affinchè poi non dovessero sorgere questioni col Sig. Succi, il quale volesse pretendere dall'Accademia rimborsi di spese o di tasse che per eventualità gli venissero imposte sui guadagni che egli spera di fare col suo digiuno.

Il Dott. **Banti** non conviene si debba fare allusione al lucro che potrà fare il Succi durante il suo digiuno. Dice che saremo sempre in tempo a registrare l' atto nel caso sorgessero questioni che egli però non prevede, essendo in quel documento espressamente dichiarato che il Succi non ha diritto di pretendere dall'Accademia alcun compenso o rimborso di spese.

Il **Presidente** domanda all'Accademia che se qualcuno suggerisse qualche

ricerca scientifica da farsi durante il digiuno del Sig. Succi, sarebbe molto lieto di poterla effettuare.

Nessuno domandando la parola il Presidente mette ai voti il contratto stipulato col Sig. Succi che è approvato ad unanimità.

Sciolta quindi la seduta pubblica il Presidente invita i Signori Accademici a rimanere in seduta privata per l'approvazione del bilancio consuntivo e per altre comunicazioni.

V° Il Presidente
Prof. Luigi Luciani

Il Segretario
Dott. V. Grazzi.

QUARTA ADUNANZA DEL 26 FEBBRAIO 1888.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

Sono presenti i Signori Accademici: Luciani, Tafani, Bianchi Aurelio, Bianchi Stanislao, Banti, Tommasi, Boncinelli, Pellizzari Guido, Baldi, Fasola, Baiardi, Guidi, Paggi Adolfo, Bottari, Colzi, Giuntoli, Crapols, Silvelstri, Fatichi, Gelli e Grazzi.

L'adunanza è aperta alle 12,50 pom.

Letto ed approvato il processo verbale della passata adunanza, si comunica una lettera di risposta e di ringraziamento del prof. Rosati: quindi il **Presidente** invita il Dott. Banti a parlare sulla *Etiologia della pericardite.*

Il Dott. **Banti** prendendo la parola riferisce sopra tre casi di pericardite in cui praticò l'autopsia nel 1887 e sui quali compì studi batteriologici per rischiararne l'etiologia.

Nel 1° caso si trattava d'un indivduo nefritico morto per uremia. Oltre le alterazioni proprie della nefrite atrofica si trovò pericardite fibrinosa: l'esame microscopico e le culture dimostrarono la mancanza di batterii nello essudato pericardico.

Il 2° caso è relativo ad un infermo morto per pleuropneumonite cruposa e pericardite fibrinosa: la pleura corrispondente al pericardio era sana. Nell'essudato polmonare, pleurale e pericardico si trovò il *diplococcus pneumoniae* del Fränkel.

Nel 3° caso si trattava di pneumonite fibrinosa con pleurite e pericardite purulenta. Nell'essudato pneomonico si trovò il *diplococcus pneumoniae* del Fränkel e gli stafilococchi aureo ed albo: nell'essudato pericardico soltanto gli Stafilococchi.

Questi tre fatti dimostrano come la pericardite acuta possa avere un'origine *non infettiva* ed una *infettiva.* Nel 1° caso la flogosi deve attribuirsi all'azione di speciali sostanze trattenute nel sangue in seguito alla malattia renale. Nel 2° caso la pneumonite e la pericardite sono malattie dovute allo stesso batterio patogeno che si è localizzato nel pericardio dopo aver colpito il polmone. Il 3° caso rappresenta una infezione mista: la pericardite è una complicanza della pneumonite dovuta ad un germe diverso, è una seconda infezione aggiunta alla prima. Nel 3° caso è possibile che la pericardite si sia sviluppata per diffusione dalla pleura; nel 2°, a causa della integrità

della pleura ricoprente il pericardio, il pneumococco deve essere giunto nel pericardio per la via sanguigna.

A rischiarare l'origine ematogena della pericardite il Dott. Banti ha istituito esperimenti negli animali. Nei conigli morti per setticoemia salivare in seguito all'iniezione sottocutanea del pneumococco non si trovano lesioni del pericardio. Ponendo prima allo scoperto questa sierosa e depositandovi una goccia di essenza di trementina o cauterizzandola con un ago di platino incandescendente e facendo poi l'iniezione sottocutanea di pneumococco, si trova negli animali morti per setticoemia una pericardite fibrinosa generalizzata e l'essudato contiene in grandissimo numero i diplococchi capsulati. Esperienze di confronto hanno dimostrato che l'azione della trementina o la semplice cauterizzazione producono una flogosi circoscritta al punto leso.

In tal modo rimane provato come sia possibile ottenere una pericardite ematogena e determinare una localizzazione insolita dei pneumococchi circolanti nel sangue.

Terminata la lettura del Dott. Banti, il **Presidente** dà la parola al Dott. Silvestri.

Il Dott. **Silvestri** parla del *sublimato corrosivo nella cura della congiuntivite granulosa* dicendo che fra tutte le parti della medicina si è rivolto in questi ultimi anni un interesse sempre crescente alle malattie che la pratica o l'esperimento hanno dimostrato di natura infettiva. In conseguenza anche la terapia si è profondamente modificata ed a questo nuovo indirizzo siamo debitori dei più splendidi successi. Ciò è stato di grande importanza anche per l'Oftalmologia, inquantochè una delle più perniciose affezioni oculari, l'Oftalmia granulosa, è stata parimente riconosciuta di natura infettiva, e sulla base di questa nozione è stato possibile stabilire un trattamento curativo razionale ed efficace.

L'origine parassitaria della congiuntivite granulosa fu dimostrata per la prima volta dal Sattler nel 1881 al congresso di Heidelberg e tale scoperta, d'altronde già preparata da una lunga serie di osservazioni sulla natura contagiosa della malattia, fu confermata e completata successivamente dagli studj bacteriologici di Koch, Michel, Goldschmidt e d'altri molti.

Il processo morboso provocato dai micrococchi della granulosa è stato recentemente studiato ed esposto nel modo il più chiaro dal Dott. Staderini di Siena in una memoria pubblicata nell'anno decorso (1). Egli dopo avere con nuove ricerche ed esperimenti determinato i caratteri morfologici e biologici dei tracomococchi con maggior precisione di quel che non sia stato fatto fin qui, ha rivolto la sua osservazione sui fenomeni che accadono nella congiuntiva immediatamente dopo la penetrazione dei germi specifici sotto l'epitelio, ed ha veduto che si determina attraverso le pareti dei vasi sanguigni vicini una trasmigrazione di leucociti i quali si accumulano in ammassi più o meno delimitati, mentre alcuni di loro per una speciale evolu-

(1) Ricerche sulla istologia e sulla patogenesi della congiuntivite tracomatosa ecc. Pavia, 1887.

zione si trasformano in modo da costituire un delicato tessuto reticolare che forma lo stroma della produzione tracomatosa. Risulta da tali osservazioni che tutti gli elementi del tracoma sono nuovamente formati e proprii a lui soltanto e che perciò si deve considerare questa produzione come un vero neoplasma, che il Dott. Staderini classifica fra i *tumori infettivi di granulazione* secondo la nomenclatura nuova dello Ziegler, confermando così pienamente le vedute del Wecker sull'analogia del tracoma col tubercolo.

A pari col progresso delle nozioni scientifiche sulla natura di questa malattia sono andati perfezionandosi i mezzi atti a combatterla: e se noi diamo uno sguardo alla sua storia, vediamo che l'empirismo fu la sola guida nella scelta della cura finchè le cognizioni sulla biologia dei bacteri non ebbero dato alla terapia un indirizzo sicuro; soltanto allora si potè indurre che il rimedio della congiuntivite granulosa doveva ricercarsi fra gli agenti capaci di estinguere la vitalità dei microrganismi patogeni.

Fra le molte sostanze che presentano questa proprietà, meglio d'ogni altra corrisponde al bisogno il sublimato corrosivo, il quale può dispiegare la sua efficacia contro i microparassiti senza produrre alterazioni nei tessuti sui quali viene applicato.

Questo rimedio fu già in addietro usato contro varie oftalmie specialmente sotto la forma di collirio del Conradi; contro le granulazioni in particolare fu adoperato dall'Omodei, dal Buzzi, dallo Scarpa e da altri. Però nelle formule da loro consigliate esso andava quasi sempre unito col laudano o con qualche mucillaggine e poichè queste sostanze reagiscono e precipitano con lui, così gran parte del suo potere curativo doveva andare perduto. Sia per questa ragione, sia perchè le sue indicazioni erano fondate soltanto sull'empirismo, l'uso di tal medicamento andò a poco per volta in dimenticanza.

Però col sorgere delle dottrine nuove sulle malattie infettive il sublimato è ricomparso dapprima nella chirurgia generale, poi anche nella pratica oftalmologica. Il Koch ne constatò l'azione potente contro la vitalità dei batterii e ne misurò la forza disinfettante; il Sattler lo raccomandò per la cura delle congiuntiviti purulente; il Peschel, il Dujardin, il Below ed altri ne ottennero i più soddisfacenti effetti contro la congiuntivite tracomatosa applicandolo sotto forma di bagni, di pennellature o di polverizzazioni.

Rimaneva però ancora da stabilire quali ne fossero le dosi e il modo di applicazione più convenienti.

Tale determinazione è stata fatta nel modo il più preciso dal Prof. Guaita, il quale inoltre con una serie di osservazioni rigorosamente condotte ne ha dimostrato il meccanismo d'azione e la grande superiorità su tutti gli altri medicamenti impiegati fino ad ora, apportando così un contributo importantissimo alla terapia oculare (1).

Io ebbi la fortuna di assistere ai primi esperimenti istituiti dal Prof. Guaita nella Clinica oculistica di Siena e potei convincermi della valida

(1) Il sublimato corrosivo nella cura delle congiuntiviti infettive. « Giornale internazionale delle scienze mediche. » Anno VIII. Napoli, 1886. »

azione che il sublimato dispiega contro la congiuntivite granulosa. Nella Clinica nostra e nell'Ambulatorio, permettendomelo cortesemente il Prof Paoli, continuai poi le esperienze per mio conto ed è scopo precipuo di questa mia comunicazione il farne conoscere i resultati.

Le soluzioni da me adoperate sono presso a poco quelle consigliate dal Guaita e cioè: per l'uso generale una soluzione all'1 : 400, che vien benissimo tollerata dalla congiuntiva sulla quale non produce che una passeggiera irritazione assai meno intensa di quella cagionata dal solfato di rame o dal nitrato d'argento: in casi speciali poi una soluzione all'1 : 500 ed una all'1 : 300; della prima faccio uso quando esistono complicazioni molto acute dal lato della cornea, mi servo della seconda nei casi più gravi di tracomi congiuntivali molto sviluppati e duri.

Le dette soluzioni sono applicate una volta al giorno per mezzo di un pennello sulla congiuntiva, arrovesciando le palpebre. Ed oltre a questa medicatura giornaliera prescrivo ai pazienti dei lavacri tepidi da praticarsi durante tutta la giornata ogni due ore, per mezzo di un fiocchetto di cotone idrofilo imbevuto in una soluzione di sublimato all'1: 5,000. Veramente la dose che prescrive il Prof. Guaita per questi lavacri e di 1 ; 7,000 ma anche quella da me adoperata non produce molestia di sorta ed i miei pazienti non se ne sono mai lamentati.

Dalla metà di novembre 1886 ad oggi ho applicato questo metodo di cura in tutte le varie forme di congiuntivite granulosa che si sono presentate tanto in Clinica come nell'Ambulatorio. Gli infermi curati sono stati 231 dei quali 21, quasi tutti giovani o ragazzi, erano affetti da congiuntivite follicolare, e dei rimanenti, 107 avevano la vera congiuntivite tracomatosa, a diversi stadii ma senza complicanze, e 103 presentavano di più delle complicazioni corneali in forma acuta o cronica.

Comprendo fra le forme di oftalmia granulosa anche la congiuntivite follicolare poichè oggidì essa pure viene considerata come una malattia di origine parassitaria nella quale i micrococchi provocano una neoformazione di follicoli che però restano superficiali e non acquistano mai quel grado di sviluppo che possono raggiungere i veri tracomi; ne viene da ciò che tal malattia presenta un carattere assai meno maligno e può dileguarsi senza lasciare alterazioni sui tessuti attaccati.

Anche in questa forma di congiuntivite granulosa, che per quanto più mite, nondimeno si mostra spesso assai ribelle ad ogni specie di cura, il sublimato mi ha fornito ottimi resultati. Però, trattandosi generalmente in questa malattia di una infiltrazione linfoide moderata, la congiuntiva affetta risente l'azione irritante del medicamento più di quel che non faccia quando tale infiltrazione è più abbondante, come nel tracoma, ed è per ciò che nel a congiuntivite follicolare adopero quasi esclusivamente la soluzione più debo , all'1 : 500, per la pennellatura giornaliera, e poi la solita soluzione all'1 : 5,0 0 pei lavacri.

È in tal modo che dei 21 ammalati che ho avuti in cura, 14 han o potuto esser licenziati perfettamente guariti, mentre gli altri 7 hanno ot -

nuto soltanto un miglioramento non avendo continuata la cura per tutto il tempo necessario.

Nella congiuntivite tracomatosa semplice cioè senza complicazioni corneali, ho potuto sempre adoperare per le pennellature la soluzione di sublimato all'1 su 400 la quale mi ha dato i resultati più soddisfacenti. Il miglioramento si è manifestato sin dai primi giorni ed è continuato costante e progressivo fino a raggiungere rapidamente la guarigione: e, cosa anche più notevole, la congiuntiva ha riacquistato sempre la sua perfetta integrità tutte le volte che non preesistevano, al cominciar della cura, delle alterazioni cicatriziali. È per questo che da quando faccio uso del sublimato non ho più veduto formarsi nei nostri granulosi un solo entropion, che anzi, anche in coloro nei quali tale successione si mostrava vicina, sotto la cura la cicatrizzazione si è arrestata ed il processo granuloso è guarito senza ulteriori deformità.

Sul finir della cura, quando per la diminuita infiltrazione di cellule linfoidi la congiuntiva si era resa più sensibile all' irritazione prodotta dal sublimato, ho trovato opportuno di servirmi, come consiglia il Guaita, della soluzione all' 1: 500 e in seguito di diradare le pennellature facendole soltanto a giorni alterni.

Sui 107 infermi da me curati in tal maniera nella Clinica e all'Ambulatorio, di 54 ho potuto registrare la guarigione completa. A costoro ho prescritto nel licenziarli un collirio di sublimato all' 1: 1,000 da istillarsi due o tre volte alla settimana per prevenire il pericolo anche lontano della recidiva. Gli altri perchè non hanno avuto la possibilità o la costanza di stare in cura quanto occorreva, sono solamente migliorati, ma posso assicurare che quando non ho ottenuto la guarigione perfetta, ciò è stato sempre per colpa del malato che non ha avuto la pazienza di aspettarla. E questo nonostante che il tempo necessario per condurre a fine la cura sia stato in generale relativamente breve, poichè non ha sorpassato i tre mesi nei casi più semplici e nei più gravi ed inveterati ha superato di poco questo termine.

Come sia costante e sicura l'efficacia del sublimato ho potuto altresì esperimentare ogni volta che per una ragione qualsiasi è stato interrotto per qualche tempo il corso della cura: la malattia è peggiorata immediatamente, le granulazioni sono ripullulate con nuovo vigore e soltanto al riprendere delle pennellature e dei lavacri il miglioramento è ricominciato. Molti casi mi hanno fornito questa riprova, dirò così, negativa ma non meno evidente dei resultati positivi.

L'esperienza mi ha mostrato inoltre che si deve attribuire una grandissima importanza ai lavacri che si praticano ogni due ore con la soluzione di sublimato all' 1 : 5,000; poichè essi mantenendo gli occhi costantemente puliti ed in continuo contatto col medicamento, non solo coadiuvano potentemente la cura, ma sono capaci anche di per loro soli di frenare la malattia ed anche in un tempo più lungo di condurla a guarigione. E questo ho potuto verificare più volte in molti infermi che non potendo frequentare l'ambulatorio si sono limitati a fare a casa i bagnuoli con la soluzione di sublimato che io aveva loro prescritta. Al contrario quando i malati per negligenza o

per altra ragione hanno trascurato i lavacri, dalle pennellature sole non ho ricavato che lentissimamente effetti alcun poco soddisfacenti. Da questo si potrebbe anche concludere che l'azione del sublimato riesce più efficace per la *durata* dell'applicazione che per l'*intensità* della dose adoperata.

Un altro vantaggio importantissimo che si ricava dall'uso del sublimato specialmente in forma di lavacri, si è che i prodotti di secrezione della congiuntivite granulosa restano sterilizzati e perdono il potere contagioso. Questo fatto fu già osservato dal Prof. Guaita stesso, il quale riferisce che nel Manicomio di Siena, dove la malattia regnava endemica da molti anni e non aveva potuto essere estirpata con alcun mezzo, da quando per consiglio di lui vi fu adottata la cura col sublimato non si manifestò più alcun nuovo caso. Per parte mia ho potuto constatare questa virtù del sublimato nelle infermerie che ci sono assegnate, troppo ristrette per poter separare i granulosi dagli altri ammalati; quivi dacchè adoperiamo i lavacri spesso ripetuti con qesto medicamento, si può dire scomparso ogni pericolo di diffusione della malattia, poichè non abbiamo più avuto a deplorare un solo caso di contagio, cosa che accadeva per lo avanti non di rado.

Gli effetti che ho ottenuti dalla cura col sublimato nei casi di complicazioni corneali della congiuntivite granulosa concordano perfettamente con i resultati delle osservazioni anatomo-patologiche più recenti, secondo le quali il panno si deve considerare come un vero *tracoma della cornea* (Raehlmann). Infatti qui pure si ha un'infiltrazione linfoide la quale talora resta diffusa (panno tenue), tal'altra si raccoglie in accumuli a guisa di veri follicoli che poi rompendosi danno luogo ad ulcerazioni o infiammandosi suppurano. E in queste forme della malattia ho ricavato sempre dal sublimato notevoli vantaggi. Specialmente quando tali complicazioni corneali erano acutamente infiammatorie, gli effetti di questa cura sono stati assolutamente sorprendenti: così dove esistevano ulcerazioni superficiali e steniche, le pennellature col sublimato all'1:500 sono bastate a vincere l'infiammazione, la fotofobia e persino l'entropio spasmodico, in pochissimi giorni; anzi in tali casi ho soppresso a bello studio l'istillazione del collirio di atropina e cocaina dopo la pennellatura e i resultati sono stati egualmente favorevoli: nelle ulcerazioni profonde e suppuranti l'applicazione del sublimato all'1:400 è stata seguita da un rapido riassorbimento del pus e le ulceri ripulitesi e tornate trasparenti, non hanno tardato a ripararsi; e questo anche senza il coadiuvante dell'eserina.

Risultati più tardi e meno completi ho ottenuto nelle forme più gravi di tracoma corneale, dove l'infiltrazione è densa e profonda, e i leucociti, aumentati eccessivamente di numero, hanno dato origine ad un vero tessuto connettivo, mentre i vasi sanguigni incrociandosi in tutti i sensi, hanno formato un fitto reticolo alla superficie della cornea (panno sarcomatoso). I tali casi per l'azione prolungata del sublimato può l'infiltrazione linfoide i gran parte riassorbirsi, ma, com'è naturale, nè il tessuto corneale sclerosat si modifica, nè scompaiono totalmente i vasi sanguigni in tanto numero svi luppati.

Degli infermi con affezioni granulose della cornea da me sottoposti all

cura col sublimato, su 103, 64 hanno raggiunto la guarigione completa delle granulazioni palpebrali e la guarigione o un miglioramento più o meno marcato del tracoma corneale secondo la sua intensità: gli altri al solito per difetto di costanza o di assiduità sono solamente migliorati dell'una e dell'altra affezione.

In complesso, quanto ho osservato nei molti infermi da me curati dimostra che l'azione del sublimato è pronta e sicura in tutte le forme e in tutti gli stadii della granulosa; che la sua efficacia si mantiene costante fino alla guarigione completa della malattia; e che, sebbene esso agisca esclusivamente sul processo granuloso, cioè sui germi infettivi che uccide e sull'infiltrazione linfoide che risolve, pure riesce utile anche contro le alterazioni secondarie — degenerazione grassa delle granulazioni, cicatrici congiuntivali, sclerosi corneali ecc., — poichè, togliendone la causa, impedisce il loro progresso. Concludendo mi sembra che abbia ragione il Prof. Guaita di attribuire al sublimato corrosivo potenza di specifico contro l'oftalmia granulosa.

Il **Presidente** dichiara aperta la discussione sopra la comunicazione del Dott. Banti. Nessuno domandando la parola il Presidente rivolge al lettore la domanda, se, posto il fatto che la pericardite non ha sempre un'etiologia identica, anche il corso della malattia è diverso nelle varie forme.

Il Dott. **Banti** dice che la domanda sarebbe molto importante, ma che nello stato attuale della scienza non si può rispondere per lo scarso numero di osservazioni conosciute, non conoscendosi i varii quadri clinici corrispondenti alla diversa etologia.

Il **Presidente** domanda quindi se qualcuno ha da rivolgere interrogazioni al Dott. Silvestri al quale il Prof. **Baiardi** chiede se ha osservato che la guarigione dei tracomi ottenuta col sublimato corrosivo è permanente, a cui il lettore risponde in modo affermativo, avendo veduto la *restitutio ad integrum* mantenersi anche dopo molto tempo.

Il **Presidente** desidera sapere dal Dott. Silvestri in quanto tempo si guarisce la malattia, alla quale domanda il lettore risponde variare la durata della cura secondo il periodo nel quale si incomincia valutandolo circa a tre mesi quando non sono state praticate altre cure, e quando non sorgono complicanze corneali, che allungano la cura. Però la cheratite ulcerativa non controindica l'uso del sublimato, che può adoperarsi alla dose di 1 su 500 spiegando una favorevole azione anche sopra questa malattia.

Nessun altro domandando la parola sulle letture fatte, il Presidente dichiara chiusa l'adunanza invitando i Signori Accademici a rimanere in seduta privata.

V° Il Presidente
Prof. Luigi Luciani

Il Segretario
Dott. V. Grazzi

QUINTA ADUNANZA DEL 15 APRILE 1888.

Presidenza del Prof. LUIGI LUCIANI, *Presidente.*

Sono presenti gli Accademici: Luciani, Bianchi Aurelio, Bianchi Stanislao, Paoli, Targioni, Sacchi, Giuntoli, Block, Vecchietti, Colzi, Ricchioni, Rebaudi-Balestra, Tommasi, Turchini, Boncinelli, Faralli, Montalti, Baldi, Silvestri, Bajardi, Magrini, Banti, Del Greco, Crapols, Marcacci, Pellizzari Guido e Grazzi.

La seduta è aperta alle 12 $^{3}/_{4}$.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente adunanza, il **Presidente** invita il dott. Stanislao Bianchi a parlare sopra *i preinterparietali del cranio umano.*

Il Dott. **Stanislao Bianchi** esordisce presentando 4 esemplari di preinterparietali umani raccolti esaminando 45 feti a diversi periodi di sviluppo (dai 2 mesi e mezzo ai 3).

Considerando l'epoca in cui appariscono queste ossa (4 $^{1}/_{2}$), la frequenza con la quale si presentano, il numero, la forma caratteristica nei vari periodi del loro sviluppo, le modificazioni che in seguito subiscono e il modo di disporsi della sostanza ossea, conclude:

1.° Che nel cranio umano i preinterparietali si sviluppano solo accidentalmente, e che perciò non si può accettare l'opinione del Sergi, che quando non esistono questo fatto debba considerarsi come un arresto di sviluppo.

2.° Riportandosi poi agli studi fatti dal Ficalti sulle ossa preinterparietali degli animali inferiori e notando la perfetta analogia con quelli da lui riscontrati, e da altri, nel cranio umano, conclude che i preinterparietali nell'uomo siano un fenomeno atavico, una nota regressiva.

Terminata la comunicazione del Dott. Bianchi, il Prof. **Luciani** invita il Prof. Paoli, come accademico più anziano in assenza dei Vice-Presidenti ad assumere la Direzione dell'Adunanza, mentre egli incomincia la sua lettura *sullo stato generale del Succi durante il digiuno* estendendosi molto a parlare dell' importanza del soggetto, dei resultati di varii esperimenti fatti so-

pra il Succi durante il periodo di inanizione messi in confronto con quelli ottenuti da altri fisiologi e da Lui medesimo sugli animali e nell'uomo in stato di lunghi digiuni, e termina esponendo le ragioni per le quali egli crede possa spiegarsi con la guida della fisiologia il digiuno di 30 giorni superato dal Succi, mentre si è sempre mantenuto in condizioni fisiologiche. Riportiamo per intiero tale comunicazione·

Signori,

Alla Commissione creata da questa Accademia per le ricerche scientifiche sul Succi durante il suo digiuno di 30 giorni, incombe un obbligo morale abbastanza grave.

Essa deve trarre partito da tutti i materiali raccolti durante l'insolito esperimento, per metterne in scena tutto quanto vi ha d'importante dai diversi punti di vista della scienza e della pratica. Siccome qualcuno dai vostri stessi seggi, revocò in dubbio l'utillià di detto esperimento; siccome nel pubblico, che ha avuto campo di accertarsi *de visu* della realtà del fatto, circolano le più strane ed assurde opinioni sia sugli scopi dell'esperimento, sia sull'interpretazione di alcuni dei risultati accertati; noi siamo naturalmente sospinti a troncare ogni indugio nel comunicare a voi il frutto raccolto dal nostro assiduo lavoro, per rimettere per così dire in careggiata l'opinione popolare, che tende sempre a scorgere il misterioso nei fenomeni naturali di cui la scienza può rendersi conto pienamente.

Ciò faremo con successive relazioni staccate, ripartendo il fatto complesso del digiuno del Succi in vari argomenti, corrispondenti a punti diversi di vista e a differenti obiettivi di ricerca. Intanto che si stanno compiendo dai miei egregi collaboratori le analisi intorno ai prodotti di consumo, sulla base delle quali è solo possibile lo studio interessantissimo dello scambio materiale del digiuno; credo utile in una prima comunicazione di trattare dello *stato generale* presentato dal Succi durante la sua famosa quaresima, pel quale argomento ho in pronto tutti i dati necessari.

È noto ai non pochi medici, ai moltissimi studenti che prestarono gentilmente l'opera loro come sorveglianti, che durante i 30 giorni di assoluta astinenza dai cibi, il Succi non ha mai accusato o dato indizi manifesti di alcuna sofferenza; non si è mostrato mai eccessivamente depresso od estenuato; mai soverchiamente bisognoso di riposo o di sonno, nè mai costretto a vegliare per insonnia. Egli si è sempre occupato con zelo durante la giornata

dei suoi privati interessi; si è tenuto abbastanza in moto compiendo, secondo le indicazioni del *podometro*, non meno di 3 a 4 mila passi al giorno in media. Al 12° giorno di digiuno potè fare una cavalcata alle *Cascine* della durata di una ora e 40 minuti. Nella stessa giornata (a scopo sperimentale) passeggiò molto per l'appartamento; fece una corsa di 8 minuti in confronto di tre giovani studenti in mia presenza; infine alla sera, *pour la bonne bouche*, un attacco di scherma. Prima che si coricasse guardando il quadrante del *podometro* constatai che durante detta giornata di eccezionale lavoro muscolare aveva compiuto non meno di 19,900 passi. Al 23° giorno di digiuno volle recarsi a passare la serata ai trattenimenti popolari che si davano al così detto *Celeste Impero*, sempre accompagnato da buona scorta di guardiani. Tutti in quella sera poterono vederlo continuamente in piedi esposto al pubblico durante i lunghi esercizi di scherma, a cui egli prese parte con due attacchi alla sciabola sostenuti con sufficiente fermezza, vigore ed eleganza. Quella sera il *podometro* segnava 7000 passi, compiuti in complesso nella giornata.

Questi ed altri fatti analoghi che sono già, per così dire, di ragion pubblica, valgono come buoni criteri per ritenere che il Succi ha potuto sopportare il lungo digiuno senza farsi del male, senza cadere in uno stato che possa dirsi di malattia. Sarebbe infatti assurdo il sospettare che egli, pur sentendosi ed essendo malato, avesse potuto simulare, con un supremo e continuo sforzo di volontà, lo stato ordinario di salute per 30 giorni di seguito.

Ma abbiamo raccolto altri dati obiettivi, di carattere più scientifico e di assai maggior valore, per convincerci che durante il digiuno, tutte le funzioni dalle quali si suol desumere lo stato generale e che offrono per così dire la misura della salute o della malattia, si sono mantenute nel Succi nei limiti strettamente fisiologici.

Esaminiamo ad uno ad uno questi dati, che ci offrono materia di utili considerazioni e confronti. Cominciamo dal considerare la temperatura, che essendo la risultante degli svariati processi chimici che han luogo nell'organismo, è giustamente considerata come il dato più importante per apprezzare lo stato generale di malattia. La temperatura nel Succi fu esplorata regolarmente due volte al giorno, la mattina e la sera, sempre all'ascella sinistra. Come scorgete a colpo d'occhio nel diagramma che io vi presento (1), essa ha subìto durante i 30 giorni di digiuno leggiere oscillazioni che cadono strettamente nei limiti fisiologici. Infatti la temperatura media da me calcolata su 60 termometrie fu di 36,77° C. Le oscillazioni intorno a questa media una sola volta raggiunsero il massimo di 37,2°, e una volta 37,3°, (la sera del trattenimento al Celeste Impero); una sol volta toccano il minimo di 36,1°. Meno poche eccezioni, per solito si nota il fatto che la mattina la tempera-

(1) I diagrammi e le tavole dimostrative che illustrano i fenomeni osservati durante il digiuno del Succi, saranno a suo tempo pubblicati in un lavoro complessivo sull'argomento. Per l'intelligenza dei fatti esposti nella presente nota preventiva non sono strettamente necessari.

tura è un po' più elevata della sera; ma nessuna tendenza si manifesta a diminuire o a crescere durante i 30 giorni di digiuno. — Secondo i diversi autori la temperatura media della cavità ascellare differisce alquanto. In Landois trovo riportata una media su 505 individui di 36,49; il Wunderlich ammette come media 36,87, Liebermeister 36,89. Facendo la media di coteste medie si ottiene 36,78, che concorda perfettamente con la media trovata nel Succi.

Si ammette generalmente dai fisiologi che se ne sono occupati, che nei primi giorni di digiuno la temperatura si abbassi alquanto: questo stesso risultato io ottenni a Siena sul cane che visse in perfetto digiuno per 43 giorni. Tuttavia nel digiuno del Cetti a Berlino (l' unico nell' uomo che sia stato bene studiato con intenti scientifici) il Senator annunzia, rispetto alla temperatura, un risultato perfettamente concordante con questo del Succi.

Dopo la temperatura il segno più squisito dello stato generale di salute è il ritmo respiratorio. È noto infatti che esso si altera sensibilmente sia per frequenza che per intensità ad ogni più lieve causa perturbatrice, indipendentemente, come ha ben dimostrato il Mosso, dall'attività dello scambio gassoso. Notevolissima è la calma e regolarità del ritmo respiratorio presentato dal Succi durante il digiuno, come potete scorgere nel diagramma che vi presento. Le oscillazioni della frequenza assai raramente varcano i limiti estremi di 16-24, che corrispondono perfettamente ai limiti normali. Anche l'intensità o profondità di ciascun atto respiratorio si è sempre mantenuta nei limiti fisiologici. Ma mi riserbo a darvene la prova quando vi comunicherò i risultati delle nostre ricerche intorno allo scambio gassoso polmonare.

Dopo la respirazione dobbiamo considerare il regime circolatorio durante il digiuno, che si desume da diversi dati obiettivi: la frequenza del polso, la forma dell' impulso cardiaco o cardiogramma, del polso arterioso o sfigmogramma, il grado di pressione dell'arteria radiale.

Rispetto alla frequenza del polso, nel diagramma che vi presento scorgete a colpo d' occhio come durante il digiuno del Succi siasi contenuta nei limiti strettamente fisiologici, forse anzi alquanto più bassa della media normale, avendo talora varcato il limite minimo di 50 al minuto, e 2 sole volte ascesa al massimo di 70. Si avverta però che coteste costatazioni del polso furono sempre fatte nella più perfetta calma, essendo il Succi in letto. Fa eccezione la sera del 23° giorno di digiuno in cui raggiunse 85 pulsazioni al minuto; ma in quella sera il polso fu contato dopo il ritorno del Succi dal *Celeste Impero* in cui si era affaticato con la scherma e col rimanere lungamente in piedi. Al 12° giorno di digiuno volli ricercare se il cuore del Succi fosse più irritabile che i cuori di 4 giovani robusti in condizioni di regime alimentare normale. Contai le pulsazioni di ciascuno, e poi li feci correre attorno a un ampio salone per 4 minuti continui, dopo i quali io ricontai nel Succi e i tre giovani ricontarono in loro stessi il numero delle pulsazioni in un minuto. Ottenni il seguente risultato: nel Succi il numero delle pulsazioni si accrebbe di 63 al minuto, nei 4 giovani in media di 31. Questa maggiore irritabilità del cuore nel digiuno fu anche notata dal Senator nel Cetti.

Affidai le ricerche *cardiografiche e sfigmografiche* al nostro Segretario

Dott. A. Bianchi. Le prime non condussero ad alcun utile risultato. Nel Succi (come del resto si verifica in molti, compreso me stesso) il 5° spazio intercostale sulla linea mammillare ove ha luogo il battito cardiaco, è così angusto per soverchio avvicinamento delle costole, che con l'applicazione del cardiografo non si ottiene, nelle migliori condizioni, che una semplice sinuosa, affatto priva di tutti quelli accidenti, di cui il Marey ha con tanto successo messa in vista l'importanza.

Dagli sfigmogrammi ottenuti dal Dott. Bianchi nei diversi periodi del digiuno, non si rileva (come potete accertarvene) che una diminuzione quasi regolarmente progressiva della elevazione sistolica, e la persistenza della elevazione catacrotica, che non è molto pronunziata. Ciò accenna a un abbassamento progressivo della pressione dell'arteria radiale, durante il digiuno, che noi abbiamo avuto modo di accertare con altro metodo.

Col nuovo modello dello *sfigmomanometro von Basch*, nel quale il manometro a mercurio è acconciamente sostituito da un manometrino aneroide assai sensibile, ho regolarmente esplorata la pressione arteriosa nella radiale destra mattina e sera in tutti i 30 giorni di digiuno. Il diagramma che vi presento offre a considerare due fatti: 1° un lento e graduale decrescere della pressione arteriosa dai primi agli ultimi giorni di digiuno, per cui da un massimo di 22 ctm. di una colonna di Hg. si abbassa al minimo di 12 ctm. Hg.; 2° delle oscillazioni giornaliere da mane a sera che spesso, ma non sempre, corrispondono ad omonime oscillazioni delle curve della temperatura, e delle pulsazioni cardiache.

È noto che la pressione arteriosa dipende da 2 fattori: dalla quantità del lavoro impiegato dal cuore e dalla somma delle resistenze opposte dai vasi al corso del sangue. Per spiegare la diminuzione graduale della pressione della radiale durante il digiuno, bisogna ammettere un progressivo decrescere del lavoro del cuore dal primo all'ultimo giorno di digiuno. Che questo fatto abbia dovuto aver luogo è una necessità fisiologica. Il muscolo cardiaco, per effetto dell'inanizione, deve diminuire di peso non meno, anzi più, che qualsiasi altro muscolo, perchè lavora continuamente in forma ritmica. Infatti secondo le ricerche dello Chossat nei colombi, mentre i muscoli volontari nella morte per inanizione diminuiscono del 42 per 100 del loro peso, il cuore diminuisce del 45 per 100. Una diminuzione della massa del cuore, deve tradursi in un assottigliamento relativo delle sue parti, e in una diminuzione relativa della capacità dei ventricoli, in una parola, in un impiccolimento del cuore *in toto*, a cui deve corrispondere una proporzionale diminuzione del suo valore funzionale sia sistolico che diastolico. L'egregio Dott. A. Bianchi che si è con somma diligenza occupato a determinare la topografia e l'estensione delle aree viscerali del Succi, vi dirà che ha potuto apprezzare e misurare una diminuzione notevole dell'aia cardiaca negli ultimi giorni rispetto ai primi giorni di digiuno.

Mentre il consumo e impiccolimento progressivo del muscolo cardiaco ci rende conto perfettamente del graduale decrescere della pressione media arteriosa dal primo all'ultimo giorno di digiuno, le variazioni del tono vasale e conseguentemente delle resistenze periferiche al corso del sangue, ci spie-

gano perfettamente le oscillazioni non molto forti e alquanto irregolari che si osservano nell'andamento della curva sfigmomanometrica. Siccome spesso si osserva una pressione alquanto maggiore alla mattina e una minore alla sera, ciò vorrebbe significare che dopo il riposo della notte si ebbe alla mattina un' eccitabilità maggiore e quindi un aumento del tono vasale, rispetto al tono vasale della sera, dopo il lavoro sostenuto nella giornata.

Col metodo aerosfigmografico già applicato all' uomo dal Fano e recentemente dal Maragliano, ho voluto studiare nel Succi i *riflessi vasali* per poter apprezzare le possibili variazioni dell'eccitabilità dei nervi e centri vasomotori. Ma le mie indagini condussero a ben scarsi resultati.

Al quarto giorno di digiuno i riflessi vasali da un avambraccio all'altro erano assai poco pronunciati e spesso indistinguibili dalle leggere oscillazioni automatiche del tono. Al 21° giorno non mi fu possibile provocarli con stimolazioni di diversa forza e durata con la corrente indotta. Mal si apporrebbe chi da questo risultato volesse concludere che per effetto del digiuno vi fu paralisi del sistema vasomotore. Il Maragliano, che ha studiato largamente i riflessi vasali cutanei in 66 individui in condizioni ordinarie, ha trovato in un terzo dei soggetti assunti ad esperimento l'assoluta refrattarietà a qualsiasi maniera di riflesso vasale (1).

Le indagini sulle variazioni della forza muscolare del Succi durante il digiuno, mi hanno seriamente preoccupato. Era noto infatti che nei suoi precedenti digiuni a Milano e a Parigi, egli si era in più modi adoperato a insinuare nel pubblico la sua illusoria convinzione che l'astinenza assoluta dai cibi per trenta giorni di seguito, lungi dal deprimere, non faceva che esaltare sempre più l'energia dei suoi muscoli. Anche a Firenze egli ha tentata una simile dimostrazione e al 20° giorno del suo digiuno fece annunziare pei giornali che « *la sua forza muscolare era aumentata di 8 chilogrammi rispetto a quella del primo giorno* » con che voleva significare che con la sua mano destra era capace di vincere una resistenza maggiore di 8 chilogrammi in confronto di quella del primo giorno di digiuno! Io rido a pensare quanti tra ingenui e incauti rimasero impigliati nella pania allo straordinario annunzio; ma chi avrebbe immaginato che tra questi ultimi dovessimo anche annoverare un nostro ottimo Collega? *Quandoque bonus dormitat Homerus!*

Se si guarda il diagramma dei dati giornalieri raccolti col dinamometro palmare applicato sia alla mano destra che alla sinistra, si ha che nel ventesimo giorno (quando appunto il Succi fece dare dai giornali lo strano annunzio) egli dispiegò con la mano destra la massima forza (52 kilog.), mentre con la mano sinistra raggiunse l'effetto massimo (35 kilog.) al 14° giorno. Stando a cotesti dati si direbbe dunque che l'energia muscolare sia andata crescendo nella mano destra dal 1° al 20° giorno e diminuendo dal 20° e 30° nel qual giorno — notate bene — raggiunse il valore minimo, minore di due chilogrammi dal primo giorno di digiuno. Invece nella mano sinistra l'ener-

(1) Vedi *Riforma Medica* — Anno IV, n. 37 e seguenti.

gia sarebbe andata crescendo dal 1° al 14° giorno e diminuendo dal 14° al 30°, in cui si riduce al minimo di 23 kilog. mentre fu di 28 kilog. al 1° giorno.

È inutile dire che per dare il giusto valore a questi resultati fa d'uopo sottoporli a rigorosa critica scientifica. Trattasi infatti di fenomeni non puramente obiettivi, ma sui quali può esercitare una grande influenza la volontà del soggetto. Con ciò non intendo insinuare il sospetto che il Succi abbia voluto simulare nel primo periodo del digiuno una energia muscolare minore del vero, allo scopo di farla apparire accresciuta nel periodo successivo. Ma è un fatto che egli prima di cominciare il digiuno aveva saldamente infisso nel capo questo chiodo: che le sue forze si accrescessero durante la inanizione. In cotesto, che appellava « *la sua scoperta* » egli insisteva continuamente, come possono attestare le molte persone che hanno conversato con lui durante il suo digiuno. Ora si comprende benissimo come un individuo che abbia questa strana persuasione, e che per giunta sia direttore di un giornaletto *spiritico*, possa influire sul risultato dinamometrico inconscientemente, ossia non per forza di volontà nettamente palese come tale, ma per *forza spiritica*, che è quanto dire per *autosuggestione*.

Muovendo da questo concetto assumiamo rapidamente la critica dei dati raccolti.

Nessun dubbio che nell' ultimo giorno di digiuno egli abbia usata tutta l'energia disponibile. La pressione che egli dispiegò al dinamometro fu la massima possibile, che egli era al caso d' impiegare in quel giorno. Ebbene, o Signori, come già vi ho annunziato, e come potete vedere nel diagramma, essa fu la minima in tutto il decorso dell' inanizione, con la mano destra e più ancora con la sinistra. Sulla base di questo fatto bene accertato, si può dunque senz'altro concludere che per effetto dell' inanizione le forze muscolari del Succi diminuirono, come deve necessariamente avvenire pel consumo e diminuzione progressiva delle masse muscolari.

Dobbiamo accettare come massima anche la forza dispiegata dal Succi al 20° giorno di digiuno con la mano destra e quella dispiegata al 14° giorno con la sinistra, per la semplice ragione che sono le massime di tutta la serie! Il Benedikt di Vienna, che visitò il Succi, agli ultimi giorni del suo digiuno, mi espresse l' ipotesi che coteste massime potessero interpretarsi non come effetti di semplici impulsi volontari, ma come dipendenti da *crampi riflessi spinali* associatisi agli impulsi provenienti dal cervello. Io non voglio contestare quanto vi ha d' ingegnoso in questa interpretazione; ma a nulla varrebbe accettarla, perchè evidentemente non basta a spiegare tutto il decorso dei diagrammi dinamometrici. Infatti, facendo astrazione dalle oscillazioni secondarie da un giorno all'altro, si vede dall' andamento generale delle due curve, che la pressione impiegata al dinamometro sia con la mano destra ch con la sinistra è andata crescendo in una prima fase e diminuendo in un fase successiva. Evidentemente è la *forza spiritica*, è l' *autosuggestione* che solo può renderci conto di questo risultato paradossale, che cozza coi più fondamentali principi della fisiologia!

Conseguentemente io sono indotto a pensare che se il Succi al 20° giorn

di digiuno fu capace con la destra di vincere la resistenza di 52 kilog., prima del digiuno fosse in grado di compiere un lavoro notevolmente maggiore; e se al 14° giorno la forza della mano sinistra raggiunse i 35 kilog., prima del digiuno fosse capace di dispiegare una forza alquanto maggiore.

Io ho cercato nei documenti fornitimi dal Succi se nei suoi precedenti digiuni a Milano e a Parigi (nei quali pure fu esaminata col dinamometro palmare la forza muscolare) si fossero ottenuti risultati diversi da quelli di Firenze, che io potessi utilizzare come argomenti a sostegno della mia interpretazione. Ecco che cosa ho trovato: a Milano si osservò, come media dei 30 giorni di digiuno, la forza di 58 kilog. Non è detto se colla mano destra o sinistra, ma s'intende facilmente si tratti della destra. Non è notificato a quale cifra ascese la forza massima, e in qual giorno di digiuno si osservò, ma ciò è meno necessario a conoscere. (1) A Milano adunque si constatò una forza media della mano destra maggiore di 6 kilog. della forza massima constatata da noi, e di 11 kilog. della forza media, che a Firenze fu di soli kilog. 47. Questo confronto vi dimostra chiaramente come il Succi sia capace di dispiegare al dinamometro una forza maggiore di quella di cui fece mostra a Firenze. Ci dimostra inoltre che la *forza spiritica* operava in lui molto meno intensamente a Milano che a Firenze!

Dai documenti del digiuno di Parigi ho attinto altre interessanti notizie: la forza media fu di 45 kilog, vale a dire di due kilog. meno che a Firenze; ma la forza massima fu di 52 kilog. precisamente come a Firenze: ma non si ottenne al 20° giorno, bensì al 29°, ossia alla vigilia del compimento del suo digiuno! Il che dimostra che gli *spiriti* operavano a Parigi molto più liberamente che a Firenze, dove ci era un esorcista tutto intento a spiarli e dar loro la fuga!

Oltre la dinamometria io mi sono occupato a ricercare nel Succi le variazioni della scala *della fatica muscolare* durante il digiuno, facendogli compiere, sempre con la mano sinistra, successive pressioni sul dinamometro palmare, ogni 2 secondi d'intervallo battuti da un metronomo, finchè l'eccessiva stanchezza l'obbligassero ad interrompere la manovra. Per scrivere l'altezza di ciascuna pressione sul cilindro rotante, mi valsi di un apparecchio a trasmissione aerea, che il Morselli ha fatto aggiungere all'ordinario dinamometro trasformandolo così in *dinamografo*.

Ma è troppo evidente che per raggiungere con cotesto metodo dei risultati concludenti, o in altre parole, per ottenere *scale di fatica* tra loro comparabili, è indispensabile che il soggetto in esperimento impieghi in ciascuna pressione *tutta la forza di cui dispone*. Non potendosi ciò ottenere nel Succi

(1) Recentemente avendomi il Succi reso ostensibile il registro delle osservazioni fatte a Milano, ho rilevato che la forza massima nella mano destra ascese a 70 kilog. (!) e si ottenne la sera della quattordicesima giornata, dopo avere la mattina nuotato per tre quarti d'ora in una vasca aperta e poi percorso a piedi due chilometri e mezzo in un quarto d'ora! — Il Succi non immagina che questi dati, anche accettati come esatti, non contradicono, anzi rafforzano la mia argomentazione.

per le ragioni anzidette, voi comprendete come debbano essere riuscite in questo terreno pressochè infruttuose le mie indagini.

Tuttavia non ho mancato di fare qualche osservazione piccante. Così nei primi giorni di digiuno ottenni curve abbastanza regolari, nelle quali la scala della fatica è chiaramente tracciata, sebbene il numero delle pressioni da cui risulta ciascuna, non sia in corrispondenza con la forza iniziale data dal dinamometro. Siccome mi accorsi che il Succi durante l'esperimento teneva continuamente rivolti gli occhi alla leva scrivente; nei giorni susseguenti lo collocai in tale posizione che egli non potesse scorgere il tracciato che andava formando, e quindi fosse nell'impossibilità di regolare le successive pressioni secondo gli effetti. D'allora in poi non ottenni più netta la scala della fatica, e più di una volta ebbi a rilevare che le elevazioni della leva verso il mezzo del tracciato erano maggiori che nel principio. Infine finii per risparmiarmi un lavoro che era doventato per me un semplice perditempo.

Alla vigilia della fine del digiuno volli tuttavia ritentare la prova per l'ultima volta, non senza prima aver fatte al Succi tutte le raccomandazioni consigliate dal caso. È evidente che questo era il momento opportuno per ottenere un risultato attendibile. Alla vigilia della sua pasqua infatti, non esisteva alcun motivo — cosciente o incosciente — percui egli non dovesse metter fuori tutta la forza che aveva in corpo. Ottenni il tracciato che vi presento, sopra il quale io scrissi in quel medesimo giorno il tracciato che potei ottenere da me stesso impiegando medesimamente il dinamografo con la mano sinistra.

Premesso che io in quel giorno era capace di premere con la sinistra 32 kilogrammi, mentre il Succi non raggiunse che il massimo di 23 kilog, il confronto dei due tracciati dimostra che nel Succi si ottenne la stanchezza dopo 112 pressioni, in me dopo 114. La prima pressione nel Succi si elevò di 7 millimetri sopra l'ascissa, e l'ultima di soli 4 millimetri; in me invece la prima si elevò 15 millim., raggiunse dopo sole 10 pressioni l'altezza massima del Succi, e si ridusse quasi a zero all'ultima pressione.

Questo risultato mi sembra importante per dimostrare, che sebbene il Succi al suo 29° giorno di digiuno disponesse nella mano sinistra di una energia iniziale notevolmente minore della mia; tuttavia offriva in proporzione una resistenza alla stanchezza, indubbiamente maggiore della mia. Il che ci permette di concludere che sebbene al penultimo giorno di digiuno la forza muscolare in genere fosse nel Succi scemata in proporzione del consumo patito dai suoi muscoli, gliene restava però in tal misura da non potersi considerare da questo punto di vista in condizioni morbose.

Degli esami elettrici compiuti sui muscoli del Succi, vi riferirà il nostro Socio Dott. Turchini a cui affidai siffatte ricerche.

Per quanto riguarda le funzioni dei sensi, in ordine al digiuno, dirò in breve che furono accuratamente esaminati, il tatto, la vista, e l'udito prima del digiuno, alla metà, e verso la fine. Codeste indagini però non ci hanno condotto ad alcun risultato positivo ben netto, che ci autorizzi ad ammettere che abbiano per l'astinenza dai cibi subìto una qualsiasi modificazione o indebolimento.

Presento in una tabella i dati da me raccolti sul senso tattile nei tre suddetti esami, compiuti col metodo del compasso del Weber. Risultano alcune differenze rispetto alla capacità tattile discriminativa in certi punti della cute, che sono in contradizione coi risultati diametralmente opposti ottenuti in altri punti cutanei. Queste differenze, per solito abbastanza leggere, debbono certamente interpretarsi come dipendenti dal diverso grado di attenzione prestata dal soggetto ai diversi contatti.

Analoghi risultati ottenni cogli esami dell' udito. Rinvenni questo senso eccezionalmente acuto nel Succi. L'orecchio destro però è meno acuto del sinistro, col quale è capace di percepire il *tic tac* del mio orologio da tasca a oltre 1 metro e mezzo di distanza. Quando le vibrazioni di un diapason applicato alla fronte riuscivano impercettibili per trasmissione ossea, continuavano ad esser percepite per oltre un minuto primo per trasmissione aerea, avvicinando il diapason al condotto uditivo esterno.

Il nostro Socio Dott. Silvestri vi riferirà sugli esami del senso visivo da lui compiuti con grande precisione, e che diedero risultati perfettamente concordanti con quelli ottenuti negli altri sensi.

A complemento di questa esposizione delle grandi funzioni del Succi durante il digiuno, non resta che accennare a quanto riguarda quella dei centri nervosi, comprese le funzioni psichiche.

Nessun fenomeno è stato mai da noi riscontrato nel Succi prima e durante il digiuno, che accennasse a una condizione di nevrosi in genere o a una forma qualunque di alterazione delle grandi funzioni nervose. Tuttavia un esame anche superficiale del suo volto, era sufficiente per avvertire una asimmetria funzionale dei muscoli innervati dal facciale dei due lati. Per riassumere con un solo vocabolo il fatto, esiste nel Succi una *paresi* del facciale di sinistra, che è maggiormente spiccato nel ramo orbicolare delle palpebre, per cui si ha, come udrete dal Silvestri un grado notevole di lagoftalmo, che associato alla miopia e quindi sporgenza maggiore del bulbo oculare sinistro, che manca nel destro, riesce tanto più visibile.

Il Succi assicura che la paresi facciale si produsse in lui in seguito a una caduta che fece in Africa, percui riportò una ferita lacero-contusa alla regione temporale sinistra (della quale rimangono delle cicatrici irregolari) che gli produsse una notevole infiammazione con turgore ed edema della metà sinistra della faccia e specialmente delle palpebre di questo lato.

Sebbene il Benedikt si mostrasse propenso a ritenere congenita la detta paresi, tanto più che si associa a un certo grado di *plagio-cefalia* emilaterale (come sentirete dal Filippi e dal Bianchi che si occuparono dell'esame antropometrico); io confesso di non avere sufficienti motivi per non accettare come attendibile l'origine traumatica.

Ma ciò che più interessa di notare è che durante il digiuno la paresi facciale di sinistra non subì alcuna modificazione d'intensità, e rimase sensibilmente tale quale era prima del digiuno.

Dell'esame psichico del Succi si è occupato (e speriamo vorrà riferirne largamente) il nostro ottimo Collega Prof. Filippi. Ma per il lungo contatto

avuto col Succi sia alcuni giorni prima che durante tutto il mese del digiuno, mi si permetta di esprimere il concetto generale che mi son formato delle note più caratteristiche del suo organismo psichico.

È a tutti noto che egli tornato in Italia nel 1886, e trovandosi a Roma, fece annunziare su pei giornali che durante il suo soggiorno in Africa gli era riescito di scoprire un processo, mediante il quale, poteva resistere senza nocumento della sua salute a digiuni prolungatissimi. Per questo e non so per quali altre pretese giudicate chimeriche, egli fu preso per matto e rinchiuso nel manicomio della Lungara, donde non fu rilasciato che dopo sei mesi di osservazione. Sei lunghi mesi d'osservazione per far la diagnosi di pazzia ci sembrano un po' troppi! Ciò dimostra che quel Direttore di manicomio (che fra parentesi è un bellissimo uomo) voleva proprio vedere il pelo nell'uovo. Da persona attendibilissima mi risulta che sebbene lo abbia messo in libertà perchè non pericoloso, egli ritiene sempre pazzo il Succi, e dice che questa è la diagnosi più sicura che egli abbia fatta in sua vita!

Ebbene, o Signori, senza mancar di rispetto per quel Direttore di matti, io semplice fisiologo, reco del Succi un concetto ben diverso. Non lo ritengo nè *matto* nè *mattoide* nel senso di *paranoico*. È certamente un cervello squilibrato, come anche ne dà indizio il minor grado di sviluppo del cervello sinistro, la forte differenza di struttura congenita dei due occhi, come pure la soverchia differenza di forza della mano destra rispetto alla sinistra. È un tipo psichico eccentrico, perchè per far fortuna segue vie nuove, non tentate da altri. Ad un ingegno e cultura che non supera certo il grado medio, associa però molta forza di volontà, molta intraprendenza, molta tenacità di idee e di propositi, da toccare talora il grado di testardaggine. Del resto buon figliuolo, raramente eccessivo, remissivo sempre quando sia preso pel suo verso, facilmente suggestionabile, come potete già supporre dall'essere spiritista. Sebbene non senta l'interesse scientifico, e tutte le sue mire non si elevino mai oltre allo scopo di far fortuna; tuttavia si è prestato docilmente a tutte le indagini (alcune abbastanza seccanti) che ho voluto fare su di lui. Pel suo carattere buono, temperato, aperto, assai meno ciarlatanesco di quello che generalmente si creda, egli si è conquistata la simpatia di tutte le molte persone che l'hanno tenuto d'occhio durante il suo digiuno. Infine benchè eccentrico e un po' bizzarro, io non lo credo paranoico. Dirò di più: io l'ho in maggior pregio di tante mediocrità frolle ed apatiche, che seguono le vie battute dagli altri, che sono tanto bene equilibrate nelle loro facoltà, che non c'è caso che mettano mai in fallo il piede e tornino a casa con la testa rotta; ma se voi li premete con un torchio, non c'è pericolo che riesciate a trarne fuori una idea che esca un po' dalle comuni. Su cotesti cervelli mediocri bene equilibrati si fonda lo spirito conservatore che rende stagnante noiosa la vita dei popoli; sui cervelli un po' eccentrici vale a dire origina ma nei limiti fisiologici, si basa in gran parte il progresso o almeno quell smania incessante di cercare il nuovo e di satollarsi del vecchio, che a poc a poco riesce a cangiare la faccia al mondo, e in ogni modo a render p varia e gaia la vita.

Da questo esame delle principali funzioni del Succi come già avevo premesso, risulta, che egli ha potuto sostenere trenta giorni di digiuno senza mai varcare i limiti fisiologici in tutte le sue attività senza passare dallo stato di salute in quello di malattia. Questo fenomeno che tutti hanno potuto apprezzare e verificare, è sembrato generalmente strano e sorprendente e, non solamente agli estranei ai nostri studi, ma pur troppo anche ad uno dei nostri rispettabili Colleghi, ammirato pel suo focoso ingegno e per la ricca tavolozza di cui dispone per colorire le sue idee, valendosi del vivo idioma fiorentino. Mentre i primi per spiegarlo si sono attenuti generalmente alla facile scappatoia di mettere in dubbio la sincerità del digiuno e il rigore della sorveglianza; il secondo è andato immaginando non si sa quale alcaloide o glucoside, *dapprima anestesizzante e poi eccitante o nervino (sic)*, di cui il Succi avrebbe furtivamente fatto uso giornaliero durante il digiuno! E tutto ciò senza addurre la minima prova, senza neanche darne un principio di dimostrazione, sospinto solo dal bisogno irresistibile di fantasticare un qualcosa di straordinario per rendersi conto di un fatto, che non rientra — secondo lui — nel quadro dei fenomeni fisiologici comuni!

Eppure, o Signori, è facile dimostrare che ciò deriva da un pregiudizio. Siccome non abbiamo mai sperimentato in noi stessi un lungo digiuno, siccome sentiamo morderci il ventricolo se ritardiamo di un'ora il solito pasto; ci sembra impossibile che non si debba morire d'inedia o almeno sentirsi gravemente malato per 30 giorni continui di astinenza dai cibi.

Ma basta dare un'occhiata alla letteratura scientifica moderna (senz'anche curarsi dell'antica ch'è ricchissima, ma che potrebbe essere apocrifa, leggendaria o mitologica) per convincersi del contrario.

Degli esperimenti di digiuno sui cani, basti citare il mio di Siena, per cui una vecchia cagna, mal nutrita e in condizioni tutt'altro che felici sopravvisse a razione fissa di 150 c. c. d'acqua ogni mattina per 43 giorni (1). Il Falck, che scelse un cane in condizioni migliori potè mantenerlo in vita nientemeno che per 60 giorni (2)! Dopo ciò è evidente che non è una fola — come certi critici sapientoni han giudicato — quel che narra lo storico Colletta essere avvenuto dopo il famoso terremoto di Calabria, che cioè, dopo *due mesi*, rimuovendo le rovine, fu messo alla luce un maiale tuttora vivo e sano sebbene dimagrato (3). Degli esperimenti recenti nell'uomo, oltre quello del Succi, abbiamo il famoso digiuno di 40 giorni del Dott. Tanner, quello del Merlatti a Parigi pure di 40 giorni e infine quello del Cetti a Berlino di soli 10 giorni, ch'è l'unico bene studiato con intendimenti scientifici seri. Ebbene, il Cetti, nota il Senator, che rimase perfettamente sano nei dieci giorni, se si eccettui forse il 7° giorno in cui ebbe qualche dolore colico, che cessò subito dopo vuotato l'intestino. Del Tanner si lesse nei giornali politici che si ridusse infine

(1) Vedi Archivio del Bizzozero — Volume. V, pag. 338.

(2) Vedi Beitr. z. Phisiol. etc., 1875.

(3) Ringrazio di avermi data questa interessante notizia il mio ottimo amico e Collega Prof. De Stefani, geologo ben noto del nostro R. Istituto.

a mal partito, e che molti temevano avesse a perdere la scommessa; ma chi di voi mi sa dire per quanti giorni rimase in condizioni fisiologiche? Dicasi lo stesso del Merlatti, che infine si ridusse a letto e, per tenersi caldo, fu costretto a involgersi di bambagia.

Il digiuno del Succi non differisce dagli altri se non per questo: che egli cioè si trova e in parte si pone in tali condizioni, da resistere all'astinenza dai cibi per 30 giorni, rimanendo per tutto questo tempo in istato perfettamente fisiologico, ciò che non sembra essere riescito finora ad alcun digiunatore per un tempo altrettanto lungo. Egli dunque ci ha dimostrato (e bisogna fargliene un merito) che un uomo adulto e sano può fare a meno di cibi per 30 giorni senza nocumento di salute, purchè.... purchè possegga certi caratteri individuali e si ponga in certe determinate condizioni, ossia adoperi certe cautele.

Per decidere la questione se qualunque di noi possa fare altrettanto, cerchiamo di rintracciare quali sieno coteste note individuali e coteste condizioni e cautele. Credo di poterne segnalar *cinque* ben dimostrabili.

Colloco in prima linea le note individuali del Succi, le quali consistono in questo: 1° nell'essere un uomo sui 38 anni: in un periodo quindi in cui la fase di accrescimento anatomico ed evoluzione funzionale di tutti i suoi organi già da qualche tempo ha raggiunto il massimo limite, in cui parlando col gergo scientifico, il periodo *anaplastico* è cessato ed è cominciato in lui il periodo *cataplastico;* 2° dall'avere per disposizioni congenite, forse ereditarie, uno scambio materiale poco attivo, ossia torpido e lento, e quindi un consumo giornaliero relativamente tenue, rispetto ad altri individui della sua età. Il Succi non è uno di quelli che abbia bisogno di molto cibo per mantenere in equilibrio il suo bilancio degli esiti e degli introiti. Ha eccellenti attitudini a digerire, ma quando mangia più di quello che gli è strettamente necessario, non consuma tutto quel che mangia, ma lo immagazzina in forma di grasso, di glicogeno e di albuminoidi circolanti e in parte infiltranti i suoi tessuti. Vi sono individui (qui consideriamo solo gli estremi) che mangiano moltissimo e rimangono sempre secchi ed asciutti, quasi direi, impresciuttiti; altri che mangiando più del bisogno soffrono di dispepsie e di catarri o altri disturbi gastro-intestinali e non riescono per questo ad ingrassare nè ad assumere un aspetto florido a cui continuamente aspirano; altri infine che non hanno bisogno di molto cibo per star bene, ma col *consumo di lusso* ossia quando mangiano più del necessario, digeriscono benone e quindi ingrossano e ingrassano come beccafichi. Il Succi appartiene a quest'ultima categoria: egli non ha bisogno di mangiar molto perchè consuma poco; ma quando mangia più del necessario, digerisce bene e, non potendo smaltire il soverchio che introita, se ne fa una buona provvista che gli serva nei tempi di carestia, vale a dire, nei periodi dei suoi digiuni.

Che il Succi sia un individuo a scambio materiale lento, posso fin d'ora dimostrarlo col fatto che le sue orine giornaliere prima del digiuno avevano una densità minore della media normale e non contenevano in media più di 28 grm. di sostanze solide tra le quali grm. 16,23 di azoto.

Che il Succi si fosse predisposto di lunga mano al digiuno con un consumo di lusso, egli stesso lo ammette, lo attestano tutte le persone che lo hanno avvicinato, e ci fu provato dal fatto che si presentò all'esperimento con muscoli grossi, duri, invidiabili, e con un panicolo adiposo non molto spesso, ma molto compatto, da non essere possibile a sollevare in pieghe la cute, senza esercitare una pressione da fargli del male.

Una terza condizione che contribuisce a renderci conto del digiuno trigesimale del Succi, consiste nel fatto che egli fa uso assai parco di acqua durante l'astinenza dai cibi. Infatti mi resulta dai calcoli fatti che nei 30 giorni di digiuno egli non ha bevuto in media più di 647 c. c. di acqua al giorno; mentre il Cetti nei suoi 10 giorni ne bevve 1200 c. c. Questo fatto che è anche chiaramente dimostrato dal diagramma che vi presento, e che del resto fu avvertito in genere da tutti i sorveglianti, determina — come ha bene dimostrato Immanuel Munk — un risparmio di consumo di albuminoidi durante il digiuno. Mentre durante il regime alimentare ordinario una maggiore o minore ingestione di acqua non influisce che sulla quantità di acqua dell'orina e poco o punto sul quantitativo dell'azoto nella medesima; invece durante il digiuno, l'ingestione maggiore o minore di acqua va di pari passo con una quantità maggiore o minore quantità di azoto nell'orina, il che è quanto dire, determina un consumo proporzionale di sostanze azotate o albuminoidi. Il Voit che prima era di contrario avviso, ha recentemente dovuto adottare la dottrina del Munk (1).

È inutile notare come il Succi abbia bevuta poca acqua durante il digiuno, per la semplice ragione che non ha sentito il bisogno di beverne in maggior dose, e non mica perchè avesse conoscenza della dottrina del Munk. Ma intanto questo fatto (di cui egli non ha avuto coscienza) aiuta a spiegarci la tenuità del suo consumo giornaliero, che risulta chiaramente dai diagrammi della quantità di orina emessa giornalmente e della densità della medesima, che qui vi presento. Ma meglio ancora sarà dimostrato dalla curva dell'azoto emesso giornalmente con le orine, di cui vi parlerò a suo tempo, e che vedremo discendere durante il digiuno dal massimo di grm. 24,8 al minimo di grm, 3,5.

Ma il Succi non ha fatto uso soltanto di acqua di fonte, ma anche di acque minerali, rappresentate dall'acqua salsa di Riolo, e dall'acqua alcalina di Vichy della sorgente Hôpital. Ebbene, o Signori, i sali contenuti in dette acque non sono per l'organismo sostanze indifferenti, essi sono veri *alimenti minerali,* capaci come tali di influenzare grandemente la rapidità dello scambio materiale. Sono lieto di potervi dare una facile dimostrazione nel diagramma che vi presento, che l'uso di dette acque minerali valse durante il digiuno a moderare il consumo, diminuendo in maniera sensibile la perdita di peso giornaliero del complesso dell'organismo. Nei cinque giorni che corrono dal 9° al 14° di digiuno, durante i quali il Succi si astenne dalle acque minerali sia di Riolo che di Vichy, subì una diminuzione di peso

(1) Vedi Berliner Klin. Wochensch. Juni 1887, n. 24, S. 431.

di kilog. 2,395; invece nei 5 giorni successivi, dal 14° al 19°, durante i quali bevve in complesso 400 c. c. di acqua di Vichy a 210 c. c. di acqua salsa di Riolo, diminuì di solo kilog. 1,600. Credo inutile insistere sull'importanza di questo fatto, sul quale richiamo vivamente l'attenzione dei medici idrologi.

Neanche di questo effetto delle acque minerali il Succi ha avuto chiara conoscenza. Egli ne usava perchè sentiva che gli facevan bene, rendendo meno acide le orine, che senza l'uso di dette acque assumono progressivamente tal grado di acidità, da produrre un senso di bruciore all'uretra nell'atto dell'emissione, fenomeno che fu notato anche nel Cetti negli ultimi giorni del suo più breve digiuno.

Finalmente ci resta a considerare l'influenza che può avere esercitato il *famoso liquore*, di cui il Succi fece uso alla vigilia e durante il primo giorno del suo digiuno. Sul *liquore* del Succi hanno avuto campo di sfogarsi in tutti i modi le fantasie popolari. Se un digiuno di 30 giorni è pel popolo un fatto sorprendente, da fare inarcare le ciglia, è troppo naturale che il *liquore* del Succi dovesse avere un potere maraviglioso, e che in cotesto prezioso liquore stesse tutto il segreto della sua inaudita tolleranza, e del suo continuare a vivere senza mangiare. Mi si lasci dire che cotesto ragionamento mi sembra perfettamente logico, posta la premessa; mentre non mi sembra altrettanto logico quello del nostro bravo Collega che per spiegare il digiuno del Succi andò a immaginare un alcaloide di effetti immaginari. Il Succi ha fatto uso del suo *liquore;* di questo egli fa un segreto e dice che è una sua scoperta. Se invece avesse voluto adoperare un'alcaloide, egli avrebbe detto che è mediante una *polvere* misteriosa da lui scoperta in Africa che può sostenere il suo digiuno. Noi non gli avremmo impedito di prenderla, come non ponemmo alcun ostacolo all'uso del suo liquore.

Ma che cos'è infine cotesto suo *liquore?* Esso non è più per me un mistero. Sono riescito a saperne e in parte a indovinarne tanto che basta per risparmiarmi la pena di volerne sapere anche di più. *Recipe* del Fernet (non so se il Fernet Branca o quello che fabbricano a Firenze i liquoristi). Aggiungi tutto ciò che secondo la *Farmacopea Orosi* trovi scritto che occorre per formare il *laudano del Rousseau.* Aggiungivi anche un pocolino di *essenza di menta peperita:* non ci farà male. Un pocolino di estratto di *cannabis indica*, del così detto *haschisch*, darà al liquore una maggior virtù. Poi *recipe* del *cloridrato* di *morfina*, e sebbene sia un preparato chimico, aggiungilo al liquore. In tal modo otterrai una miscela che non sarà nè una preparazione *chimica*, nè una preparazione *galenica:* non importa.... sarà una preparazione *chimico-galenica.* Infine aggiungivi dello *sciroppo*, dell'estratto di *liquirizia* e un po' di *cloroformio;* e se s'intorbidi soverchiamente, filtralo: la virtù del liquore sarà di tanto maggiore!

Eccovi, o Signori, presso a poco il famoso liquore del Succi. Il quale evidentemente un eccellente *narcotico*, che preso a piccoli sorsi o a goccie no riesce venefico e può essere tollerato a una dose complessiva di 12 c. c. i due giorni. Tale infatti fu la dose consumata complessivamente dal Succi nell'iniziare il suo digiuno.

Qual è l'effetto di cotesto narcotico rispetto al digiuno? — Il Succi stesso non ne fa alcun mistero: è quello di sedare i dolori di stomaco o il senso penoso della fame nei primi due giorni di digiuno. — La fame, o Signori, è un fenomeno transitorio; e dipende — per così esprimermi — da una montatura speciale del sistema nervoso, che per la lunga abitudine della stimolazione ritmica dell'alimentazione, sente ritmicamente questo bisogno di stimoli lungo il tubo gastro-enterico. Ma superato una volta il periodo della fame, essa non ritorna durante il prolungamento del digiuno.

Ora si comprende facilmente come il laudano del Succi (chiamandolo così ci sembra di essere assai prossimi al vero, e di caratterizzarne in certo modo l'azione), risparmiandogli le sofferenze della fame, possa diminuirne il consumo durante questo periodo, essendo a tutti noto come il dolore abbia effetti consuntivi. In sè stesso poi il narcotico, deprimendo le attività vitali dei tessuti in genere e dei centri nervosi in ispecie, s'intende come possa rallentare lo scambio materiale nei primi due o tre giorni di digiuno, quando appunto il consumo è massimo in confronto dei giorni successivi, come ammettono tutti gli sperimentatori, e come ottenni io stesso a Siena nel cane di cui ho accennato di sopra. Su cotesto fatto si fonda la ben nota dottrina del Voit sugli *albuminoidi di provvigione* distinti dagli *albuminoidi organizzati* per essere più facilmente intaccabili o combustibili.

Tutto ciò basta per poter apprezzare quale grado d'importanza debba accordarsi al liquore del Succi come uno dei coefficienti (certo non trascurabile) per cui egli potè sostenere in condizioni normali di salute il digiuno di 30 giorni. Ne ho trattato in ultimo, perchè veramente non mi sembra di dovergli accordare un'importanza prevalente o preponderante sugli altri 4 fattori precedenti.

A chi avesse tendenza di esagerare gli effetti del *liquore* o *laudano* del Succi rispetto al digiuno, dedico il seguente confronto tra quanto ebbe ad osservarsi nel Cetti (che non fece uso di alcun narcotico), e quanto ho raccolto nel Succi nei primi 10 giorni di digiuno.

Nel suo digiuno di 10 giorni il Cetti bevve in media 1200 c.c. di acqua al giorno ed emise in media 940 c.c. di orina. Scemò di peso in complesso grm. 6350, e grm. 11,14 ogni chilogrammo del suo peso iniziale. Il Succi invece nei primi 10 giorni di digiuno bevve in media 577,7 c. c. di acqua al giorno, ed emise 536,9 c. c. di orina. Scemò in peso netto (vale a dire eliminato il peso delle feccie emesse in seguito) grm. 6161 in complesso, e grm. 10,13 ogni chilogrammo del suo peso iniziale. La differenza tra 11,14 del Cetti e 10,13 del Succi, si spiega facilmente sia per la circostanza che il Cetti era un giovane magro di 26 anni di età, ossia tuttora nel *periodo anaplastico*, mentre il Succi è un uomo grassoccio sui 38 anni, vale a dire nel *periodo cataplastico;* sia perchè il Cetti ha fatto un uso assai più largo di acqua rispetto al Succi. Ma dove apparisce — vi domando — da cotesto confronto l'influenza depressiva esercitata dal famoso liquore? Fatta la parte che spetta ai due ricordati fattori, che cosa rimane in favore del laudano del Succi, che valga a dimostrare il risparmio di consumo che si crede di attri-

buirgli? — A chi poi volesse sostenere che nei primi due giorni il Succi si mostrò profondamente narcotizzato, direi che non ha bene esaminato i fatti e si è lasciato trasportare da un preconcetto. I segni di una narcosi profonda dovrebbero manifestarsi nelle curve della temperatura, delle respirazioni, delle pulsazioni, della pressione arteriosa, le quali — come abbiamo veduto — seguono un decorso regolarissimo durante tutti i 30 giorni di digiuno. Il Dottor Bianchi poi che al primo giorno del digiuno sottopose il Succi ad un esame di oltre due ore per determinare esattamente le aree viscerali, farne il disegno sulla pelle, e prenderne la fotografia, può attestare di non essersi minimamente accorto della pretesa narcosi profonda del Succi.

Il digiuno del Succi è dunque un esperimento nettamente *fisiologico* e non mica un esperimento *fisio-tossico*, come con un neologismo non destinato a far fortuna, lo appella il nostro amico Collega altre volte lodato.

Dopo quanto abbiamo esposto è facile rispondere al quesito popolare che mi son sentito rivolgere migliaia di volte durante il mese di ricerche sul Succi. — Potrebbe qualsiasi altro individuo nelle condizioni intrinseche ed estrinseche in cui si pone il Succi, sostenere senza danno un digiuno della stessa durata? Sicuro; che meraviglia?! Cotesta è una conseguenza logica di quanto abbiamo esposto in questa comunicazione. Forse tra i presenti vi è qualcuno — che senza saperlo — ha già sperimentato in sè stesso un digiuno, certo non così rigoroso, ma in compenso di durata anche maggiore, e sebbene la sua vita abbia corso serio pericolo, tuttavia ha potuto scamparne!

Quella malattia febbrile infettiva, ben nota sotto il nome di *tifo*, che regolarmente ha la durata di 40 giorni, durante i quali le secrezioni digestive sono sospese, il senso di appetito o di fame completamente soppresso, e l'alimentazione ordinaria giornaliera sostituita da poche cucchiaiate di brodo cacciate in bocca quasi per forza; è la più bella dimostrazione che chiunque di noi può sostenere per lunghi giorni lo stato di inanizione nelle condizioni le più sfavorevoli che possano immaginarsi, vale a dire durante un consumo abnormemente accresciuto dal processo febbrile, e appena compensato in minima parte da quel po' di peptone, di gelatina, di albumina disciolta, d'inosite e zucchero contenuto nel brodo di carne, che è perciò un eccitante più che un alimento efficace e sufficiente. Che le condizioni generali di un tifoso sieno ben diverse da quelle del Succi durante l'inanizione s'intende troppo bene, perchè nel tifoso ci è il consumo della febbre a cui si aggiunge il consumo proprio dell'inanizione. Ma se voi separate col pensiero il processo febbrile che accompagna l'inanizione, voi trasformate *ipso facto* il tifoso in un digiunatore ilare e disinvolto come il nostro Succi.

I Dottori **Silvestri** e **Turchini** riferiscono quindi sugli esami da loro fat[ti] nel Succi, durante il suo digiuno, il primo sugli organi visivi e il secondo sop[ra] i resultati delle correnti elettriche continue ed interrotte.

Aperta la discussione sulle comunicazioni fatte dal Dott. Bianchi e da[l] Prof. Luciani, nessuno domanda la parola sulla prima, mentre sulla secon[da] chiede di parlare il Dott. **Crapols** proponendo un voto di ringraziamen[to]

dell'Accademia per il Prof. Luciani per la premura e l'interesse dimostrati nel condurre a buon termine i resultati degli esperimenti fatti durante il digiuno del Succi.

Il Dott. **Tommasi** associasi volentieri alla proposta del Dott. Crapols, ma desidererebbe che questo voto di ringraziamento fosse esteso pure a tutti i membri del Comitato di Sorveglianza medici e non medici, e dietro formale proposta del Prof. **Paoli**, che presiedeva l'Adunanza, viene votato per acclamazione un ordine del giorno di lode e di ringraziamento a tutto il Comitato di sorveglianza del digiuno del Succi, così concepito:

Ordine del giorno.

« Questa Accademia nella sua adunanza del giorno 15 aprile 1888, de-
« liberava di rendere pubbliche grazie al Prof. Luigi Luciani, presidente della
« Commissione scientifica per lo studio sul digiuno di Giovanni Succi, ed al
« Prof. Angiolo Filippi, presidente della Commissione di sorveglianza per lo
« studio suddetto, nonchè ai componenti tutti delle Commissioni stesse ed ai
« medici, studenti ed altri, che contribuirono, con le osservazioni scienti-
« fiche o con la costante ed assidua opera loro, a far sì che l'esperimento riu-
« scisse severamente scientifico e di pratica utilità. »

Per il Presidente: *Il Socio effettivo anziano*
Prof. Cesare Paoli.

Dopo di che la seduta pubblica è sciolta.

V.° Il Presidente.
L. Luciani.

Il Segretario
Dott. V. Grazzi.

SESTA ADUNANZA DEL 29 APRILE 1888.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani, *Presidente*

Sono presenti i Signori Accademici: Luciani, Bianchi Aurelio, Pellizzari Guido, Colzi, Del Greco, Faralli, Boncinelli, Vecchietti, Gelli, Ricciardi, Paoli, Fatichi, Baiardi, Messeri, Banti, Crapols, Tommasi, Bianchi Stanislao, Sacchi e Grazzi.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Dopo la lettura del processo verbale della precedente adunanza, che viene approvato senza osservazioni, il Segretario Dott. A. Bianchi legge le lettere del Prof. Mattei, e del Dott. Kurz che ringraziano di essere stati nominati accademici.

Il Prof. **Luciani** partecipa all'Accademia il risultato dell'ultimo concorso al *premio Galligo* nel quale, secondo il parere della Commissione nominata per giudicare il merito dei lavori presentati, nessuno dei concorrenti fu creduto potesse ottenere il premio stabilito. Vengono quindi bruciate, senza aprirle, le buste contenenti i nomi di coloro che avevano preso parte al concorso.

Il **Presidente** invita il Prof. Del Greco a fare la sua comunicazione *sulla cura radicale dell'ernia col metodo del Prof. Bassini.* Incomincia dicendo di avere veduto operare a Padova il Bassini medesimo, ed avendo giudicato questo metodo curativo superiore ai tanti fin'ora conosciuti, lo messe in opera in un giovane che presenta all'Accademia.

Il Prof. **Del Greco** descrive minutamente il modo di operare secondo i precetti del Bassini, e mostra nel suo ammalato l'ottimo risultato ottenuto.

Terminata la comunicazione del Prof. del Greco, prende la parola il Dott. **Grazzi** il quale presenta all'Accademia tre ammalati, due uomini ed una donna, in cui ha asportato, per la via naturale, dei neoplasmi che si erano sviluppati al disotto della corda vocale sinistra in uno degli ammalati e nella trachea negli altri due. Dopo avere ricordato la storia recente ed alcune generalità sullo sviluppo e sulla estirpazione di questi neoplasmi, dice in poche parole quanto riguarda la storia clinica di ciascuno dei tre ammalati e termina mostrando gli istrumenti adoperati nell'eseguire quelle delicate operazioni e raccomandando ai colleghi di esercitarsi nell'uso del laringoscopio sulla cui guida possono ottenersi questi splendidi resultati.

Il Dott. Grazzi invita quindi i colleghi a passare nella stanza vicina, dove ha fatto disporre un laringoscopio per coloro che volessero esaminare i suoi operati.

Il **Presidente** invita il Dott. Aurelio Bianchi ad incominciare la sua comunicazione intorno alle *modificazioni esterne e viscerali osservate durante il digiuno del Succi.*

Prima di tutto, egli comincia a dire, mi si permetta di spiegare gl' intendimenti coi quali mi unii alla Commissione per lo studio del digiuno di Giovanni Succi. Persuaso, che anche nelle cose che hanno l'aspetto più volgare, vi sia sempre alcunchè da apprendere, io rivolsi l'attenzione a questo esperimento, perchè mi parve che da esso potessero trarsi dei corollarii di utile pratico nel campo terapeutico e di utile scientifico nel campo semeiologico. Nè pare che a me debole, ma pur assiduo cultore, a preferenza degli studii di patologia medica, di semejotica e di terapia, altro campo e altro scopo potessero offrirsi.

E difatti credo di non essermi ingannato nel mio proponimento. Vedremo come il reperto semiologico confermi le deduzioni terapeutiche che mi sembra di poter trarre dal caso attuale e mostri che non solo resultati puramente scientifici ha dato lo studio del digiuno del Succi, ma che può essere origine di osservazioni intimamente collegate con resultati pratici di utile generale, nella cura di una classe intiera di malattie, in quelle cioè dell'apparato digerente e dello stomaco in modo speciale.

Le osservazioni, sulle quali fondo la comunicazione attuale, furono da me compiute sul sig. Succi in diversi momenti.

Un primo esame generale del suo aspetto fisico, unito all'ascoltazione del cuore, dei polmoni e dei vasi, nonchè ad un esame particolare del cuore e dello stomaco fu compiuto quattro giorni prima del digiuno recandomi in casa del Succi nelle ore antimeridiane e mentre egli era nel riposo assoluto. Ero allora in compagnia dell'egregio collega Cesare Agostini, il quale scrisse e vide da sè la massima parte delle cose notevoli in tale primo esame segnate scrupolosamente.

Un secondo esame generale di tutti i visceri fu compiuto la mattina del primo giorno del digiuno e di questo esame serbai ricordo con una fotografia e con una impronta cromografica.

Un terzo esame dei visceri, segnato pure con impronta cromografica fu compiuto al quattordicesimo giorno dell' inanizione ed un quarto infine alla mattina del trentesimo giorno corredandolo di una fotografia e del solito schema cromografico.

Come si sente dai suddetti particolari, ho cercato, per quanto era in me, di pormi in condizioni di tempo e di luogo eguali e di tenere con la fotografia e con la cromografia documenti irrefragabili delle ricerche compiute.

Inoltre, con le frequenti visite al sig. Succi tenni conto dello stato suo generale giorno per giorno, assicurandomi che le eventuali modificazioni le quali per avventura potessero insorgere, non avessero a passare a me inosservate.

Infine, prima di cominciare la descrizione degli studii compiuti, debbo aggiungere una parola di ringraziamento ai Professori Luciani e Filippi, che mi

furono sì benevoli di consiglio e di ajuto ed ai colleghi tutti che seppero sì bene mantenere la sorveglianza sul sig. Succi in modo da rendere serii ed attendibili le osservazioni attuali. Ad essi spetta quel po' di bene che può trovarsi, forse da taluno, nella comunicazione d'oggi.

Distinguerò le osservazioni da me compiute in tre ben distinte parti:

Nella 1ª parte credo bene di riporre quelle generali sull'organismo esterno del sig. Succi e sulle modificazioni in esso osservate durante il digiuno.

Nella 2ª mi sembra meglio di raggruppare le osservazioni più minute intorno alle variazioni degli esami viscerali ed al valore pratico che possono avere.

Nella 3ª infine di collocare le conclusioni che possono trarsi dalle precedenti osservazioni.

I. Osservazioni sull'abito esterno:

Tralascerò di descrivere le modalità di fisonomia e d'intelligenza del signor Succi, perchè di queste ha già parlato largamente il Prof. Luciani e forse parlerà non meno ampiamente il Prof. Filippi. Invece a mano a mano che svolgerò la descrizione delle varie parti del corpo del sig. Succi vi unirò le modificazioni che ho vedute negli esami ulteriori.

La statura del sig. Succi era prima del digiuno M. 1,642, dopo M. 1,649; la differenza di 7 mm. dee imputarsi a quelle modificazioni di estensione del collo e del tronco che ben facilmente si trovano in coteste misurazioni e quindi credo di poter affermare non aver questo esame dato nessun resultato positivo.

La cute del Succi al primo giorno era giallo rosea alla faccia e alle mani, bianco rosea, liscia, ben lucida con poco sviluppo del sistema pilifero, il quale si riscontrava solo alle ascelle, ai pudendi e raro agli arti inferiori, e che era affatto mancante alle braccia, al petto e al dorso. La cute acquistò a mano a mano, che il digiuno progrediva, un colorito men roseo e più giallognolo, si fece meno lucida e cominciarono a manifestarsi più facilmente le rughe. Essa al primo giorno si sollevava a grandi pieghe, ben consistenti, all'ultimo le pieghe cutanee erano sottili e di poco valore.

Tal fatto è confermato dalla osservazione compiuta dal Prof. Luciani col compasso di grossezza, con il quale potè stabilire che una piega cutanea della regione ombelicale misurava 38 mm. il primo giorno e 24 mm. l'ultimo, mentre un'altra della stessa regione, ma laterale destra, ne misurava il primo giorno 20 e l'ultimo solo 5 e mezzo: dando così una differenza di spessore di ben 14 mm.

Questa osservazione ha una importanza grandissima sia per le nostre misurazioni, sia per ciò che concerne la legge di distribuzione del pannicolo adiposo cutaneo sul corpo umano. Nella tavola I e II delle misure comparate della circonferenza della testa, del tronco e degli arti durante l'esperimento del Succi noi troviamo alcune parti che han dato un massimo di diminuzione a differenza di altre che ne han dato uno appena apprezzabile. Così noi vediamo che l'addome svuotandosi del contenuto intestinale e liberandosi dall'involucro grasso

esterno ed interno ha dato una diminuzione di ben 13 ctm. cioè di $^1/_6$ della sua misura iniziale. Ma il massimo di diminuzione è stato al collo, il quale nel sig. Succi era ricco di pieghe grassose nel primo giorno in modo da ridursi in fine ad $^1/_5$ della sua misura iniziale.

La conformazione degli arti e del tronco del Succi, nulla aveva di particolare e le masse muscolari, specialmente dei muscoli del braccio, della coscia e del dorso erano assai bene sviluppate e si mantennero in buono stato anche alla fine del digiuno. Le fosse sopra e sotto clavicolari, l'epigastrio e in genere tutte le depressioni della superficie del corpo, le quali erano quasi mancanti prima del digiuno, si fecero alla fine di esso benissimo manifeste.

Dalle generalità di conformazione venendo alle particolarità delle diverse regioni, fermeremo la nostra attenzione prima di tutto sulla faccia e sul cranio del Succi.

La faccia del Succi aveva al principio del digiuno una espressione strana per la fissità e lucidità dello sguardo, per il colorito olivastro di essa e per le rughe ben marcate che vi si scorgevano: alla fine del digiuno gli occhi mantenevano la lucidità dello sguardo, ma l'insieme della fisonomia era assai più calmo e più benevolo.

Il Succi ha fronte piuttosto bassa, con poche rughe trasversali e alcune verticali più marcate, capelli neri, folti, copiosi il cui impianto sulla fronte dista sulla linea mediana 5 ctm. dalla inserzione del naso, 6 ctm. dall'arcata orbitaria lateralmente e fra l'inserzione dei capelli di un lato e quella dei capelli dell'altro corrono 14 ctm. Le ciglia son anch'esse folte e nere, e così i baffi e la barba rasata alla cute.

L'occhio sinistro è più dilatato del destro e la sua mobilità ne è meno attiva: la rima palpebrale destra è a un livello un poco superiore a quella di sinistra: la mucosa palpebrale è rossa, vi è vascolarizzazione prevalente al lato esterno della congiuntiva oculare sinistra: la iride è giallo bruna: la pupilla assai dilatata negli esami fatti 4 giorni prima ed il primo giorno del digiuno, anche a luce assai viva e tale dilatazione era uguale d'ambo i lati; la pupilla reagiva assai bene agli stimoli luminosi a destra, meno bene a sinistra. Sotto ambo gli occhi vi sono rughe ben marcate, però quella di destra segue l'andamento della orbicolare delle palpebre, quella di sinistra cade invece in basso ed all'esterno quasi trasversalmente.

Questo esame confermò quindi la paralisi o meglio paresi che si osserva nella regione periorbitale sinistra del Succi e nel tempo stesso c'indicò un fatto di non lieve valore clinico.

Parlando con l'egregio amico Dott. Silvestri gli domandai il primo giorno del digiuno, se non vedeva aumento della dilatazione pupillare in confronto dell'esame in precedenza da esso fatto. Egli mi confermò tale fenomeno e tenendo dietro a questo, potei vedere esso dileguarsi a poco a poco nei giorni successivi e alla fine del quinto giorno tornare la pupilla del Succi ad acquistare le dimensioni a lui consuete. Questo fatto può avere un valore reale circa alla qualità delle sostanze che il Succi ingerisce nei giorni precedenti e nel primo giorno del suo digiuno.

Proseguendo l'esame della faccia si trova regolarità nel naso, con le pinne piuttosto slargate, ben manifesti e più alla fine del digiuno i solchi naso-labiali; pallide le mucose labiale e gengivale, in mala condizione i molari della mascella superiore dei quali ne mancano tre, mentre sono assai bene conservati quelli della mascella inferiore ed i canini e gl'incisivi della superiore. La sua lingua rossa, leggermente deviata verso destra, ha i moti integri e regolari: durante il digiuno la lingua del Succi ben raramente aveva una mite patina biancastra: per lo più conservò l'aspetto roseo che le era abituale.

Il cranio del Succi, l'esame del quale fu compiuto dal collega Agostini, mostrò che era decisamente *ultrabrachiocefalico,* asimetrico, con prevalenza della metà sinistra, ove la curva parieto-occipitale sporge notevolmente, mentre la curva corrispondente di destra è appiattita. Anche la bozza frontale sinistra è più sporgente di quella destra; vi è leggiera acrocefalia e occipite pianeggiante.

Caratteri questi che uniti alle modalità psichiche del Succi, possono far nascere la convinzione che in esso trovino la loro sede alcune modalità di forme paranoiche: però questo punto dello studio del Succi, toccato maestrevolmente dal Prof. Luciani, sarà spero svolto a questa Accademia dal Professor Filippi; a me incombeva solo l'obbligo di registrare i fatti nella loro genuina verità.

Esaminando adesso la funzionalità degli organi del respiro e del circolo del Succi occorre osservare come la respirazione era nel primo esame e si è mantenuta di poi prevalentemente addominale: durante le forzate inspirazioni il torace si sollevava in massa: la percussione dette sempre suono polmonare discretamente sviluppato, però non molto, e l'ascoltazione fece sentire sempre respiro scevro di rumori anormali, ma debole e regolare e sempre più debole andando verso la fine del digiuno.

Le misure di circonferenza ci danno difatti il massimo di dilatazione del torace e dell'addome durante il respiro sia prima che dopo il digiuno (Tav. I).

Così il torace prima del digiuno si dilatava nell'inspirazione forzata 2 ctm. alle ascelle e alla base e lo stesso era a livello alla regione ombelicale, il minimo era alla regione mammillare dilatata solo per un ctm. La potenza di dilatazione scemò durante il digiuno e alla fine di esso il torace si dilatava nell'inspirazione forzata solo $^1/_2$ ctm. alle ascelle e alle mammelle, 1 $^1/_2$ alla base e 1 ctm. alla linea ombelicale. Fatto questo che unito ai suddetti, mostra come la ventilazione polmonare si compiesse scarsa nel Succi prima del digiuno, come fosse anche più scarsa durante questo e alla sua fine, e come perciò le combustioni organiche avvenissero nella minor possibile quantità. Vedremo come l'esame delle aree viscerali confermi questo resultato del l'esame esterno.

Il cuore del Succi non lo potei mai veder battere e anche la mano applicata sul torace, potè solo il giorno 14 sentire un debolissimo battito. Ci. è confermato dai diagrammi grafici del cuore, i quali costituiscono una semplice sinuosa e non fu possibile fare nemmeno questa nel primo giorno del digiuno

La pulsazione, che si apprezzava debolissima, allora trovavasi nel quinto spazio un po' in dentro della mammillare. Applicando lo stetoscopio, anche quello di rinforzo dei suoni, sentivansi i tuoni cardiaci profondi, appena sensibili e limitati solo alla regione della punta del cuore. Nessuna anormalità si percepiva in essi e tal fatto perdurò durante il digiuno, benchè talora, allorquando il Succi si era agitato, fosse possibile sentirli un po' più intensi ed estesi, sebbene aumentassero in lentezza col progredire del digiuno. Ai vasi del collo rumori lontanissimi, ma senza alcun timbro anormale. Circa le modalità del polso il Prof. Luciani ne parlava già nella precedente comunicazione.

Queste le generalità dell'esame del Succi: la sua diaria si fa presto e facilmente sfogliando i registri ed i miei appunti. Eccetto un po' d'inquietudine nei primi tre giorni, del resto benessere continuo, prontezza di moti del corpo e di funzioni della mente, regolarità nelle diverse funzioni organiche in relazione con lo stato d'inanizione, sonni buoni e regolari, carattere buono e equanime. Condizioni insomma che farebbero invidia ad un uomo che si cibasse regolarmente.

Digiuno di GIOVANNI SUCCI.
(Marzo, 1888.)

TAVOLA I.

MISURE COMPARATE

della circonferenza della testa, del tronco e degli arti e dello spessore del pannicolo adiposo durante la inanizione.

LOCALITÀ DEL CORPO, OVE LE MISURE SONO STATE PRESE.	AVANTI IL DIGIUNO	AL 30° GIORNO DI DIGIUNO	DIFFERENZA FRA LE DUE MISURAZIONI
	mm.	mm.	mm.
Cranio — (Circonferenza massima)	540	535	5
Collo alla base della laringe	400	320	80
Braccio destro a ctm. 14 dal gomito	290	210	50
» sinistro » »	270	225	45
Avambraccio destro a cent. 8 dal gomito	260	240	20
» sinistro » »	245	230	15
Circonferenza del torace all'altezza delle ascelle	880 (900)	785 (790)	95 (110)
» » » delle mammelle	920 (930)	820 (825)	100 (105)
» » alla base	860 (880)	770 (785)	90 (95)
» dell'addome alla regione ombilicale	820 (840)	690 (700)	130 (140)
» alla regione iliaca	910	800	110
Coscia destra a 22 ctm. dalla metà della rotula	475	425	50
» sinistra » » »	470	420	50
Gamba destra a 15 ctm. dalla metà della rotula	350	305	45
» sinistra » » »	340	300	40
Piega di pannicolo adiposo dall'ombilico a mm. 820 in alto sulla linea alba	38	24	14
» » » » a mm. 750 a destra della linea alba	20	$5\frac{1}{2}$	$14\frac{1}{2}$
Distanza fra le due papille mammarie	240	220	20

N. B. Le cifre chiuse fra parentesi danno le misure ottenute nella inspirazione forzata.

TAVOLA II.

ORDINE

NEL QUALE SONO DIMINUITE LE DIVERSE REGIONI DEL CORPO

DURANTE LA INANIZIONE.

Circonferenza dall'addome all'ombilico	..	mm. 130
» alla regione iliaca ..	..	» 110
» dal torace alle mammelle	..	» 100
» » alle ascelle ..	..	» 95
» » alla base ..	..	» 90
» del collo	..	» 80
» delle due coscie	..	» 50
» del braccio destro ..	..	» 50
» » sinistro ..	..	» 45
» della gamba destra ..	..	» 45
» della gamba sinistra ..	..	» 40
» dell'avambraccio destro	..	» 20
» » sinistro ..	..	» 15
Piega di pannicolo adiposo all'ombilico	..	» 14
Circonferenza del cranio	..	» 5

TAVOLA III.

RAPPORTO

FRA LA MISURA INIZIALE E QUELLA FINALE.

La circonferenza	del collo è scemata di ..	$\frac{1}{5}$
»	braccio destro ..	$\frac{1}{5.8}$
»	del br. sinistro e ventre	$\frac{1}{6}$
»	della gamba destra ..	$\frac{1}{7.5}$
»	dell' ileo	$\frac{1}{8}$
»	della gamba sinistra ..	$\frac{1}{8.5}$
»	del torace (mammelle)	$\frac{1}{9.2}$
»	» (base) ..	$\frac{1}{9.4}$
»	delle coscie	$\frac{1}{9.5}$
»	del torace (ascelle) ..	$\frac{1}{9.6}$
»	dell'avambraccio destro	$\frac{1}{15}$
»	dell'avambraccio sinistro	$\frac{1}{16}$

II. Osservazioni sugli esami viscerali.

Lo studio delle modalità offerte dalle aree dei visceri principali ha formato la seconda parte delle mie osservazioni. Essendo solo possibile con tal mezzo di seguire le varie modificazioni subite dagli organi interni durante la vita, è naturale che fosse posta tutta la cura perchè riuscisse questa ricerca veramente scientifica. Perciò sono stati fatti quattro esami della milza, del cuore e dello stomaco, tre del fegato, due dei polmoni. Di questi esami sono stati da me tolti i tracciati col mio metodo cromografico e conservo perciò i documenti delle ricerche compiute, dai quali ho tratto le tavole che presentai all'Accademia. Il metodo di ricerca è stato il più possibile eguale in tutti gli esami. Il paziente giaceva in posizione supina con la testa e il tronco sostenuti da un guanciale, l'osservazione si compiè sempre alla mattina prima che si alzasse dal letto, i mezzi di esame per la ricerca delle aree viscerali sono stati la percussione mediata, la immediata e la ascoltazione stetoscopica della percussione nei punti, ove la prima non poteva giungere. Del resto dirò parlando dei singoli visceri dei metodi adoperati nei casi particolari. Nei tracciati ho tenuto conto non solo delle varie aree degli organi variamente colorandole ma di più della linea mediana, mammillare e ascellare anteriore e del disegno delle coste, dello sterno e degli archi costali con la appendice ensiforme. Così ho potuto porre in relazione diretta con le linee esterne artificiali o naturali le aree dei visceri da me esaminati.

Di ciascun viscere non solo ho cercato le modificazioni di conformazione e di area, ma di più quelle di posizione, che per avventura fosser potute avvenire. Questo ultimo fatto ho constatato facilmente sovrapponendo i diagrammi ottenuti in modo da mantenere come punti fissi, quelle parti meno spostabili, quali sono la linea mediana, e l'appendice ensiforme. Così fissando queste ho potuto vedere le modificazioni che tutte le altre linee di contorno dei visceri e di disegno delle parti periferiche aveano subíto.

E qui mi occorre fare un'avvertenza per la maggiore verità dello esperimento. Siccome pensai che il torace del Succi dovesse diminuire, come infatti diminuì di circonferenza, per il riassorbimento del pannicolo adiposo in gran parte, nel prendere le misure del polmone e del fegato mi attenni solo a tener conto di quella parte di questi visceri che si trovava compresa fra l'una e l'altra mammillare. Per lo stomaco e per la milza non potei attenermi allo stesso criterio, essendochè questi visceri si spingono nelle parti laterali del tronco.

1. Area del cuore.

L'area del cuore fu da me eseguita nel quarto giorno avanti il digiuno, nel 1° giorno, nel 14° e nel 30°. Le misure sono consegnate nelle tavole qui annesse (Tav. III. e IV.) e dimostrano come il cuore nel 1° dì del digiuno

era più disteso di un centimetro circa per ogni lato in confronto all'area presa 4 dì prima, e che si trovava giungere con la punta alla mammillare sinistra sulla 5ª costa, mentre a destra oltrepassava di 1 ctm. la parasternale. Al primo giorno l'area del cuore era scemata di 1 ctm. a destra, di ctm. 1½ a sinistra ed era scesa in basso sino a trovarsi a livello del 5° spazio. Al terzo giorno l'area era ancor più diminuita e si trovava discesa addirittura a livello della 6ª costa.

Da questi dati emergono chiari i seguenti cangiamenti offerti dall'area cardiaca durante il digiuno del Succi.

1°. Aumento mite nel 1° dì del digiuno.

2°. Diminuzione discreta nei primi 14, notevole negli ultimi 16 giorni.

3°. Abbassamento notevole del livello del cuore.

Mentre il primo fatto può trovar la sua spiegazione nelle condizioni di inanizione del soggetto in esame, il secondo fatto ha una causa puramente meccanica e che si trova anche nell'esame degli altri visceri. Esso è dovuto sia alla deficenza del contenuto gastrico ed intestinale, sia alla diminuzione delle masse grassose dell'omento, per cui il cuore non trovando più appoggio solido sul diaframma, non sostenuto dai visceri ripieni di sostanze diverse, tendeva ad abbassarsi, seguendo le leggi della gravità, non bilanciate da resistenze naturali ad esso opposte.

2. Area dei polmoni.

Due sono stati gli esami compiuti con la percussione sui polmoni: nel 1° e nel 30° giorno del digiuno. Nel primo giorno si osservò che il polmone destro distava col suo margine interno di due ctm. circa dalla linea mediana, allorchè la respirazione era normale e di un centimetro solo nella inspirazione forzata; mentre il destro distava quattro ctm. nel 1° caso e tre nel 2° in alto e in basso, e la incisura cardiaca lasciava largamente scoperta parte del muscolo cardiaco, offrendo ottime condizioni per la percussione di questo. Ambedue i polmoni risalivano in alto allo stesso livello e inferiormente si trovavano fino alla metà del sesto spazio.

Il polmone destro offriva ben distinti i tre lobi, di cui il superiore giungeva al secondo spazio, il medio al quarto e l'ultimo, come già dissi, fino al sesto. Il polmone sinistro non mostrava la scissura del lobo superiore in modo da dividerlo in due, per cui questo lobo giungeva al quarto spazio e di qui al sesto si stendeva il lobo inferiore. La differenza fra la espirazione e la inspirazione forzata era di un ctm. o di 12 mm. al massimo sia per ciascun lobo, sia nel loro estremo libero superiore, inferiore ed interno.

All'esame del 30° giorno di digiuno osservai invece che il limite inter[illegible] del polmone destro era di un ctm. più all'esterno della linea mediana e c[illegible] il limite inferiore non oltrepassava il margine inferiore della quinta costa. [illegible]l polmone sinistro pure giungeva a questo limite inferiore, mentre il limite i[illegible]terno bilanciava quello di prima, salvochè la incisura cardiaca era scesa [illegible] bassa, conservando però la forma del primo giorno di esame. La massima d[illegible]

ferenza fra la espirazione e la inspirazione forzata non oltrepassava in questo esame gli 8 mm.

Ne conclusi:

1°. Che era diminuita la massa del polmone, per cui si era, dirò così, retratto su sè stesso;

2°. Che era diminuita pure la funzionalità del viscere stesso.

Il non essersi il polmone abbassato, come il cuore, ma anzi sollevato, dipende, a mio giudizio, appunto dalla differente costituzione ed ufficio dei due organi, — perchè mentre il cuore è pesante, il polmone è leggiero e libero in una cavità ove può muoversi a suo piacimento: ora è ben naturale che se il suo volume era diminuito e la sua funzione pure scemata, non doveva scendere in basso, ma retrarsi, come difatti si è constatato con l'esame descritto.

3. *Area del fegato.*

Questo viscere fu esaminato nel 1°, nel 14° e nel 30° giorno. Nel 1° esame si trovò che esso aveva il suo limite superiore a livello della 5ª costa, il limite inferiore sulla mammillare all'arco costale, e che trasversalmente si spingeva fin verso sinistra un ctm. distante dalla mammillare. Al 14° dì, esso era abbassato fino alla sesta costa, conservando il suo limite inferiore, ma allontanandosi dalla mammillare sinistra di quasi cinque ctm. Al trentesimo giorno poi era sceso col limite superiore alla sesta costa, con l'inferiore rimaneva presso a poco allo stesso livello e trasversalmente oltrepassava di due ctm. e mezzo la linea mediana.

Deve notarsi che mentre nel primo giorno la direzione della linea superiore del fegato era un po' obliqua di basso in alto e da destra a sinistra, tal fatto si accentuò di più nel quattordicesimo dì, e nel trentesimo invece esso era obliquo di alto in basso e da destra verso sinistra.

Il lobo sinistro non solo era diminuito della metà alla fine del digiuno, ma era quello che aveva subìto maggiore spostamento, poichè dall'occupare il lato sinistro della base toracica, era venuto sulla linea mediana, rimanendo metà a destra, metà a sinistra di detta linea.

Facendo inspirare fortemente il paziente nel primo esame lo spostamento subìto dalle linee superiore e inferiore del fegato era di 11 millimetri: nel trentesimo giorno esso non oltrepassava i 4 mm. Ciò si capisce assai facilmente: nel primo giorno il polmone respirava ampiamente, il fegato grosso era sostenuto in alto contro il diaframma dai visceri pieni di gas o di cibi, per cui i moti respiratorii si comunicavano direttamente al fegato per intiero. Invece nell'ultimo dì il polmone era più retratto, il fegato più piccolo e più basso, nè pressato contro il diaframma dalla massa intestinale, oramai vuota, per cui il meno potente impulso respiratorio era mal trasmesso al fegato, che lassamente rispondeva alla spinta.

Perciò sembrami poterne concludere: 1° che il fegato durante il digiuno subiva pure una diminuzione notevole di volume prevalente nel suo lobo sinistro; 2° che esso subiva pure un abbassamento e una rotazione in basso e

a sinistra; 3° che rendeva meno sensibile la sua mobilità respiratoria comunicatagli dal polmone.

4. Area della milza.

Tre esami alle stesse epoche di quelli eseguiti sul fegato, io compii sulla milza. Mi resulterebbero anche per essa i seguenti fatti:

1° Diminuzione di volume dell'organo, prevalentemente nel suo diametro antero posteriore e nella parte anteriore di questo;

2°. Spostamento della milza verso l'alto e l'interno;

3°. Allontanamento quindi dalla linea ascellare anteriore.

Del resto nel primo esame la milza del Succi oltrepassava all'indietro di un ctm. la ascellare posteriore e distava di un ctm. dall'ascellare anteriore in avanti.

5. Area dello stomaco.

A bella posta ho lasciato per ultimo l'esame di questo viscere, perchè più complicato degli altri. Lo eseguii 4 dì prima del digiuno, nel 1°, nel 14° e nel 30° giorno, osservandolo prima vuoto successivamente in posizione supina ed eretta e quindi dopo l'ingestione di un liquido e nell'esame preparatorio e al 30° giorno anche con i mezzi idonei allo sviluppo del gas.

Nel 1° esame lo stomaco vuoto giungeva in basso fino a livello dell'arco costale, in alto al 5° spazio sinistro ed era compreso fra la ascellare media sinistra e fra la parasternale e la mammillare di destra. Nel 2° esame era piccolissimo, giungeva alla 6ª costa in alto, in basso distava sulla mammillare sinistra di 1 ctm. dall'arco costale, e si trovava fra la ascellare anteriore sinistra e la parasternale destra. Nel 3° esame l'area gastrica in alto era scesa al 6° spazio, in basso scendeva di 1 ctm. sotto l'arco costale, oltrepassava la ascellare anteriore sinistra di 3 ctm. ed era a metà fra la mammillare e la parasternale destra. Al 30° giorno era in alto allo stesso livello, in basso non oltrepassava il livello dell'arco costale, trasversalmente era trascinato più verso destra con la sua estremità pilorica.

Quindi ne deriva la conclusione: 1° che l'area gastrica subì nel 1° giorno di digiuno un notevole rimpiccolimento, 2° che al 14° giorno era tornata a crescere, ma che era scesa di livello, 3° che al 30° dì era diminuita e di più stirata verso destra.

A spiegare la diminuzione dell'area gastrica del 1° giorno potrebbe bastare la quantità di liquore che il Succi in esso ingerì ad un tratto e che potrebbe aver prodotto, come uno spasmo del viscere. A spiegare la discesa di livello al 14° basta la vuotezza del viscere e degli intestini sottoposti e a pressione fatta su di esso dal diaframma e dal cuore. A spiegare lo stiramento verso destra mi pare che sia sufficiente la diminuzione dell'area epatica per cui il fegato retraendosi verso destra, trascinava ivi la estremità pilorica dello stomaco stesso, flaccido e vuoto.

Analizzando adesso le modificazioni delle diverse parti del viscere troviamo i seguenti fatti notevoli:

1° la regione cardiaca ha subito uno spostamento in basso e verso destra, per cui mentre avanti il digiuno era sulla parasternale sinistra, al 30° dì distava di 1 ctm. dalla mediana:

2° la curva sinistra dello stomaco ha subito la massima modificazione, accostandosi sempre più alla linea mammillare sinistra e scostandosi dalla ascellare anteriore sinistra. Nel 1° dì era addiritta dentro la mammillare:

3° la curva inferiore retratta nel 1° giorno, si abbassò nel 14° e si retrasse di nuovo a livello dell'arco costale nel 30° giorno:

4° la estremità pilorica prima del digiuno era sulla parasternale destra, si riaccostò alla linea mediana nel 1° giorno, riprese la posizione di prima, tendendo a lasciarsi trascinare più verso destra al 14° dì e al 30° distava di 4 ctm. dalla mammillare destra, trascinatavi dal fegato colà ritirato:

5° la piccola curva superiore molto obliqua avanti il digiuno e nel 1° giorno, di alto in basso e da sinistra a destra, ebbe tendenza a rialzarsi con l'allungare dell'organo e lo stiramento pilorico a destra, per cui acquistò il 30° giorno una direzione assai meno obliqua di quella iniziale.

Può concludersene: 1° Che il fegato può retraendosi stirare lo stomaco e modificare la posizione del cardias, del piloro, la obliquità e la concavità della sua curva superiore e diminuire la convessità della sua curva inferiore. 2°. Che lo stomaco subisce sotto l'influenza di medicinali, e di condizioni varie intestinali modificazioni notevoli di posizione, e di forma.

Le modalità infine presentate dallo stomaco prima del digiuno e al 30° giorno per la ingestione dei liquidi furono le seguenti:

1°. Abbassamento in massa del viscere verso il centro di gravità del liquido contenuto nello stomaco: questo abbassamento per la curva superiore fu più notevole al 30° dì, quando lo stomaco era vuoto, atonico e gli intestini pur vuoti, di quel che non lo fosse al 1° esame.

2°. Consecutivo ravvicinamento della curva sinistra alla linea ascellare anteriore, fatto più notevole al 30° giorno che nel 1° esame.

3°. Abbassamento e massima concavità della piccola curva: ciò fu più marcato nel 1° esame, che nel 30° giorno, perchè in questo ultimo esame vi era lo stiramento del fegato, che impediva alla curva stessa di abbassarsi ulteriormente.

La distensione gassosa del viscere diè invece i seguenti resultati.

1°. Aumento notevole dell'area gastrica, prevalente nel 1° esame alla parte sinistra e superiore, nel 30° giorno con quasi uniformità.

2°. La piccola curva assumeva una direzione quasi rettilinea in ambedue gli esami.

Da quest'ultime osservazioni mi sembra potere concludere che lo stomaco del Succi alla fine del digiuno offriva in genere meno resistenza alle pressioni dei liquidi e dei gas di quello che ne avesse offerto da prima.

In ultimo devo notare, come per queste ricerche abbia avuto grande

vantaggio dal metodo di ascoltazione stetoscopica della percussione, inquantochè gli altri non poterono adoperarsi per ragioni speciali, quali la impossibilità al Succi di ingerire notevole quantità di acqua per ottenere il fenomeno del guazzamento, e quella di non poter apprezzare trasmessi allo stomaco i tuoni cardiaci, che erano, come abbiamo già detto, appena sensibili sulla regione stessa del cuore.

6. *Osservazioni generali.*

Gli esami degli altri visceri (colon, cieco, reni) fu da me dovuto lasciare, perchè troppo era il povero Succi da me tormentato per gli esami suddetti per tediarlo con altri. Debbo però a sua lode accertare che sempre si prestò volentieri non solo alle lunghe sedute per fare *contemporaneamente* tutte queste aree viscerali, ma che mi permise di tracciarle sul suo corpo col lapis dermografico e fotografarle, ed anche di disegnarle con colori ad olio per levarne l'impronta per gli studii ulteriori e per fondamento della verità delle mie osservazioni.

Nelle tavole quì unite ho segnate le misure comparate osservate nei diversi esami, l'ordine nel quale sono diminuite le aree, il rapporto della diminuzione finale con le misure iniziali. Sono fatti che non han bisogno di spiegazione: soltanto mi piace osservare che i resultati semejotici sono in pieno accordo con quelli che precedenti sperimentatori avevano ottenuto comparando la perdita in peso dei visceri degli animali in inanizione con quelli in condizioni normali. S'intende che dobbiamo dare alle misure nostre un valore tutto relativo e non assoluto, inquantochè le cause di errore sia nella percussione, sia nel disegno esterno delle aree viscerali, sono molte e sono più di quelle che comunemente si creda. Non è del resto qui il luogo di trattenerci su tale importante questione.

Digiuno di GIOVANNI SUCCI.
(MARZO, 1888.)

MISURE COMPARATE *delle diverse aree viscerali.*

ORGANO ESAMINATO			PRIMA del digiuno	AL 1° GIORNO	AL 18° GIORNO	AL 30° GIORNO	Differenze fra il primo e il 30° giorn.
			mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
Cuore	lunghezza		140	160	140	120	20
	altezza		110	120	100	95	15
Polmoni	altezza (dalla clavicola alla base)			200 (210)	180 (188)	170 (176)	30 (34)
	larghezza (dalla mammillare allo sterno)			90	80	75	15
Fegato	larghezza	dalla mammillare destra verso la linea mediana		215	185	150	65
		dalla linea mediana verso sinistra		95	65	30	65
	altezza	sulla linea mediana		90	70	55	35
		sulla mammillare		130	115	113	17
Lobo sinistro del fegato	larghezza			86	68	58	28
	altezza			80	65	60	20
Milza	lunghezza			120	102	92	28
	larghezza			80	60	60	28
Stomaco	diametro verticale	vuoto	160	120	140	120	40
		disteso	200			150	50
	diametro trasvers.	vuoto	260	180	220	220	40
		disteso	290			240	50

N. B. Le cifre chiuse fra parentesi si riferiscono alla misura dei polmoni nella inspirazione forzata.

TAVOLA V.

ORDINE

NEL QUALE SONO DIMINUITE LE AREE.

Lunghezza del fegato	mm.	65
Diametro trasverso dello stomaco	»	50
Altezza dello stomaco	»	40
Altezza del fegato sulla linea med.	»	35
Altezza del polmone	»	30
Larghezza del lobo sin. del fegato	»	28
Lunghezza e larghezza della milza	»	28
Lunghezza del cuore	»	25
Altezza del lobo sin. del fegato	»	20
Altezza del fegato sulla mamm.	»	17
Lunghezza del polmone	»	15
Altezza del cuore	»	15

La media della diminuzione delle aree.

Stomaco	mm.	45	Milza	mm.	28
Fegato	»	33	Polmone ..	»	27,5
Cuore	»	20			

TAVOLA VI.

RAPPORTO

FRA LE AREE INIZIALI E LA DIMINUZIONE FINALE.

Misura	Rapporto
Altezza del fegato sulla linea mediana .. .. Larghezza della milza..	$\frac{1}{2.5}$
Larghezza del fegato e del suo lobo	$\frac{1}{3}$
Altezza del lobo del fegato .. .. Lunghezza della milza .. .. Altezza dello stomaco	$\frac{1}{4}$
Lunghezza del cuore .. .. Diametro trasverso dello stomaco .. .. .. Lunghezza del polmone	$\frac{1}{6}$
Altezza del cuore .. .. Altezza del polmone .. .. Altezza del fegato sulla mammillare	$\frac{1}{7}$

La media della diminuzione nei loro rapporti.

Fegato	$\frac{1}{3}$	Stomaco	$\frac{1}{5}$
Milza	$\frac{1}{3.2}$	Cuore e polmone	$\frac{1}{6.5}$

III. Conclusioni pratiche.

Dal rapido sunto delle precedenti osservazioni possiamo concludere che molte sono state le verità semiologiche constatate nell'esame comparato delle aree viscerali del Succi durante il digiuno. Ma non meno numerose possono essere le verità terapeutiche che da questo studio possono e debbono emergere. Riserbandomi di dirne in altro momento, allorchè sarà compiuta la esposizione degli sperimenti, e delle osservazioni di tutti i membri della commissione scientifica, piacemi notare, come sia mostrato da quello che sopra ho esposto:

1°. Che può l'organismo in certe determinate condizioni naturali ed artificialmente create, sostenere un lungo digiuno, senza notevoli sofferenze e quindi senza danni materiali sensibili:

2°. Che con tale digiuno si ha una diminuzione progressiva e notevole di diversi tessuti del corpo e specialmente del tessuto adiposo.

3°. Che si ha pure una diminuzione notevole, non tanto della milza, del fegato, del cuore, e dei polmoni, ma ben anco notevolissima dello stomaco il quale subisce modificazioni importanti sotto questo punto di vista:

4°. Che la funzionalità del polmone e del cuore, è notevolmente diminuita come lo dimostra la menomata estensione di questi visceri e la diminuzione delle loro funzioni.

Quindi molteplice potrebbe essere l'utile terapeutico della inanizione: curare malattie gastriche ed intestinali, attivare la riduzione de' materiali organici esuberanti, o aberranti e diminuire il volume e la estensione di certi organi, non che la loro esagerata funzionalità.

Pensando quante malattie gastriche, ed intestinali avrebbero la loro guarigione definitiva o un sollievo grandissimo, se fosse possibile di impedire per un tempo più o meno lungo in proporzione della lesione, il passaggio di alimenti per lo stomaco e per gli intestini malati e la funzionalità di questi stessi visceri, facilitando così la cicatrice di ulceri, o la scomparsa delle flogosi o la diminuzione delle secrezioni anormali, io credo che si debba invocare a tal uopo la terapia del digiuno.

E lo stesso dee dirsi per i casi in cui abbondano certi elementi o in cui le funzioni di certi tessuti o di certi organi si compiono in modo aberrante. Quindi la polisarcia e la gotta e forse il diabete, l'enfisema polmonare e l ipertrofia cardiaca senza degenerazione del miocardio, troverebbero in quest cura un possibile e razionale rimedio. E simile ragionamento può farsi per ciò ch riguarda la riduzione di organi aumentati in volume e specialmente di quelli ch come lo stomaco, subiscono una diretta malvagia influenza dal giornaliero us degli alimenti solidi e della loro digestione più o meno completa.

Osservando poi come può in date condizioni sopportarsi bene l'astensione dai cibi solidi, io credo che uno studio sevèro su questo argomento sia possibile a compiersi nella clinica e nella pratica e se noi, mercè la conoscenza della formula esatta del liquore adoperato dal Succi, potremo vedere con sicurezza qual valore reale gli spetta durante la inanizione, avremo un campo vasto di ricerche non sterili per l'umanità sofferente.

Qui, piucchè nella vana esposizione di sè stesso all'esame del pubblico, il Succi sarebbe davvero benemerito dell'umanità e della scienza e credo di non correre per vie ideali col dire che una tale conquista nel campo terapeutico segnerebbe un vero progresso ed un titolo d'onore per colui che avesse la fortuna di compierla.

Finita questa comunicazione il Presidente apre la discussione sulle tre comunicazioni fatte dal Prof. Del Greco, dal Dott. Grazzi e dal Dott. Bianchi, ma nessuno chiedendo la parola, egli a proposito di quanto ha detto il Dott. Bianchi, dichiara essere stati importanti i risultati ottenuti sulla differenza delle aree viscerali durante il digiuno, che concordano con quanto è stato osservato da altri specialmente dallo Chossat, sulle variazioni del peso dei visceri degli animali sottoposti a lunghi digiuni. Il Presidente spiega perchè il fegato e la milza diminuiscano moltissimo durante i digiuni, ed a proposito della milza dice che le voluminose ipertrofie di questo viscere potrebbero diminuire, come pare sia accaduto nel Succi, sottoponendo i malati a lunghi digiuni.

Domanda la parola il Dott. **Boncinelli** per lodare il modo col quale sono stati diretti gli esperimenti sul Succi, ma crede che sia stato dimenticato di ricercare cosa avviene durante i lunghi digiuni riguardo al senso genetico. Egli ha interrogato in proposito il Succi, sapendo dal medesimo, che generalmente è sobrio, e che tre giorni prima di incominciare il suo digiuno esercitò il coito. All'undicesimo giorno ebbe una polluzione involontaria durante il sonno; sarebbe stato utile sapere se questo fatto aveva portato un perturbamento nei risultati delle osservazioni dinamometriche od in altro. Il Dott. Boncinelli, continuando sullo stesso argomento, dice avere interrogato altre volte il Succi in proposito, ed aver saputo che anche in altri giorni ebbe qualche erezione, ma non seguita da perdita seminale. Da quanto ha potuto raccogliere si potrebbe forse concludere che i lunghi digiuni non esercitano una dannosa influenza sopra il senso genetico, come avviene egualmente in alcuni stati patologici, come p. e. nei tubercolosi, nei quali il senso genetico è piuttosto aumentato, che diminuito.

Il **Presidente**, ringrazia il Dott. Boncinelli di aver fatte queste ricerche, e dichiara che non dimenticò lui pure di fare delle domande al Succi, sopra il delicato argomento, ottenendo presso a poco le medesime notizie: così si è raggiunto meglio lo scopo per due vie diverse, ottenendo risposte concordanti senza sapere che uno era controllato dall'altro. Dice inoltre il Pre-

sidente che all' 11° giorno si ebbe una grande diminuzione nel peso del Succi e fu trovata una quantità maggiore di azoto nell'orina, come sarà detto nelle successive comunicazioni riguardanti l'interessante argomento.

La seduta viene levata alle ore 3 pom.

V° Il Presidente
Prof. LUIGI LUCIANI

Il Segretario
Dott. V. GRAZZI

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL 6 MAGGIO 1888.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

Sono presenti i Socii: Luciani, Tommasi, Kurz, A. Bianchi, Tafani, Fasola, S. Bianchi, Bajardi, Banti, Fatichi, Vecchietti, Boncinelli, Magrini, Guidi, Sacchi, Baldi e Crapola.

La seduta è aperta alle ore 1 ½ pom.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente seduta il Presidente dà la parola al Dott. Kurz intorno alla *estirpazione di una ciste mucosa sviluppata sulla corda vocale sinistra.*

Il Dott. **Kurz** dice trattarsi di una ciste sviluppatasi con larga base sulla superficie inferiore della corda vocale sinistra, di cui l'operazione fu difficile per la sede sfavorevole del tumoretto e possibile soltanto con uno strumento costruito appositamente.

Il malato, certo D. V. di circa 20 anni, di costituzione sanissima, aveva da diversi anni la voce fioca e la sensazione di un corpo estraneo nella laringe. Dopo che lo stato della gola alcune volte era peggiorato assai, tutt'a un tratto una bella mattina il malato si trovò meglio, con la voce più chiara e senza la sensazione di corpo estraneo. A questo rapido miglioramento però seguiva un peggioramento persistente. Tale quadro sintomatologico si ripeteva più volte.

Il malato fu esaminato e curato da diversi medici. (Come ho saputo dopo il malato fu anche curato dal sig. Dott. Grazzi, il quale due anni fa era riuscito a rompere la ciste ottenendo un temporario miglioramento). Dopo l'esame laringoscopico combinato col fatto di rapidi ed inaspettati miglioramenti il Dott. *Labus* aveva emesso per il primo la diagnosi di ciste laringea, attribuendo codesti miglioramenti alla rottura della ciste e dichiarando molto difficile l'operazione, detta da altri addirittura impossibile.

Venuto da me il malato nell'estate 1886 scoprii col laringoscopio un tumoretto rotondeggiante, biancastro, di superficie liscia, della grandezza di un pisello, che aveva sede tra il terzo anteriore e il terzo medio della corda vocale sinistra e traeva l'origine con larga base dalla superficie inferiore di questa corda, in modo che guardando diritto nella laringe se ne vedeva un piccolo segmento sporgente nella rima glottidea, mentre che se ne vedeva una parte maggiore guardando obliquamente da destra a sinistra, tutto ciò nell'atto della respirazione, perchè durante la fonazione il tumore spariva

completamente al disotto delle corde vocali toccantisi perfettamente per linea retta.

La voce era rauca, non afona, stonante qualche volta come all' epoca della pubertà. Non c' era nè tosse, nè spurgo; la mancanza di questi due sintomi è ritenuta dal *Garel* caratteristica per le cisti laringee.

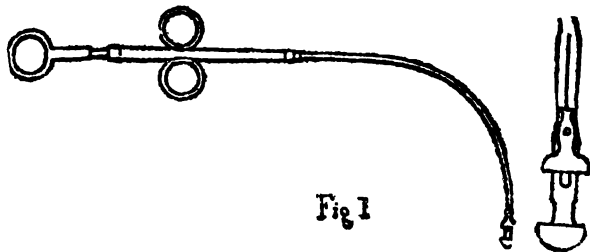
Ebbi l' occasione di esaminare ad intervalli più e meno lunghi il malato e di osservare due volte l' aumento del tumore seguito da rapido rimpicciolimento in seguito di rottura, così che mi sembrò incontrastabile la diagnosi di ciste, sviluppatasi probabilmente per occlusione del canale di una glandula mucosa.

Il malato stesso, bravissimo autolaringoscopista, faceva su di sè le medesime osservazioni, e non solamente tollerava perfettamente bene l' applicazione prolungata dello specchietto, ma era in poco tempo avvezzato a lasciarsi toccare con diversi strumenti, che io passavo anche al disotto della rima glottidea.

Malgrado questa rara tolleranza, malgrado tutta la pazienza dalla parte mia come da quella del malato mi fu impossibile di asportare quella ciste nascosta per la maggior parte sotto la corda. Con gli strumenti dello *Stoerk* e dello *Schroetter* non ci fu modo di afferrarla. Una volta ero riuscito a cauterizzarla dal disotto con un galvanocauterio (costruito appositamente e adattato al manico del *Schech*.

La ciste si ruppe versando un po' di muco chiaro, la voce migliorò, ma presto ricrebbe il tumore, e tornammo allo *status quo*.

Nel mese di Settembre dell' anno scorso il malato insistette più che mai a essere operato, ed allora io feci costruire dal Sig. Piana una specie di ghigliottina che scendeva su un uncino ottuso (fig. I^a^). Speravo di poter afferrare

Fig. I

con questo strumento la ciste, la quale sfuggiva a tutti gli altri strumenti, e di poterla tagliare alla sua base.

E infatti il secondo o il terzo tentativo ebbe un successo felicissimo. Coadiuvato dalla energia del malato e da una anestesia buonissima di cocaina al 10 per 100 passai, il 19 Settembre, l' estremità dello strumento al disotto della rima glottidea, afferrai con la medesima come con un uncino la ciste al di là della sua base e rovesciando la ciste insieme con la corda (mettendo così in

posizione quasi verticale la corda e la base della ciste) ghigliottinai la ciste (visibile soltanto allora in tutta la sua estensione) facendo scendere la piccola lama.

Si versò una piccola quantità di muco, perchè sotto la pressione dello strumento naturalmente si aprì la ciste, la di cui membrana rimase attaccata al ferro. Essendo stata un po' troppo corta la lama del coltellino e molto larga l'inserzione della ciste rimase un piccolissimo resto della base al terzo medio della corda, così che il quadro laringoscopico dopo l'operazione era quello della fig. IIIª (mentre che la fig. IIª mostra la parte sporgente del tumoretto

prima dell'operazione). Quel piccolo resto distrussi alcuni giorni dopo bruciandolo a tergo mediante il già menzionato galvanocauterio.

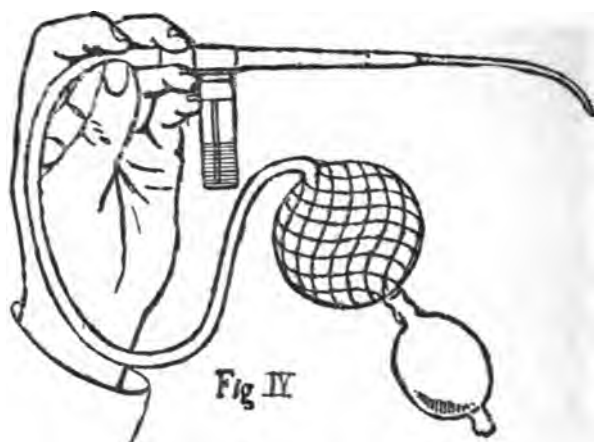
Sciolta l'escara e passata alquanto l'irritazione della mucosa laringea la voce si fece molto più chiara di prima, non c'era più la sensazione di corpo estraneo e — passata una leggiera tumefazione infiammatoria del terzo anteriore e medio della corda sinistra — la rima si chiudeva nella fonazione in modo normalissimo.

Nel Dicembre il malato acquistò una forte laringite acuta, la quale diventava un poco cronica ed era accompagnata da leggieri ulceri catarrali sulle estremità aritenoidee di tutte due le corde. Questa laringite passava adagio adagio sotto l'uso di diverse inalazioni e di insufflazioni di jodoformio e acido tannico, così che adesso già da qualche mese la voce è quasi del tutto chiara.

È cosa conosciuta che dopo l'asportazione d'un tumore a base larga occorre sempre un certo tempo prima che la voce riacquisti il timbro normale.

Nella laringe del malato si vede adesso a mezzo della luce elettrica, guardando più obliquamente che sia possibile nella rima glottidea, là dove sedeva il tumoretto, un ispessimento della corda leggierissimo e di pochissima estensione, cosa che esaminando con la luce del giorno non si può osservare che con molta difficoltà.

Le applicazioni delle polveri fatte in questo caso furono eseguite con un polverizzatore ideato da me nel 1882 e pubblicato sulle *Memorabilien*. Questo strumento (fig. IV[a]), sul quale chiamo l'attenzione dei colleghi, offre qual-

Fig IV

che vantaggio dinanzi agli altri insufflatori e viene adoperato da distinti laringologi fra i quali il *Labus* di Milano.

Il vantaggio principale del mio insufflatore è, che tenendo teso il pallone e chiuso con l'indice e pollice il tubo di gomma si può introdurre lo strumento, dirigerlo al punto dove si vuole, a destra, a sinistra ecc., e applicare la polvere precisamente là dove si desidera, aprendo semplicemente le dita e non producendo perciò nessuna deviazione della punta, come succede con gli altri strumenti, i quali tutti hanno bisogno di una pressione nel momento in cui si mettono in azione.

Un altro vantaggio del mio insufflatore è, che si possono fare ripetute insufflazioni, una dietro l'altra, facendo il semplice gioco delle dita e applicando così la polvere in maggiore o minore quantità su tutte le parti della laringe e volendo anche sulla trachea.

Per illuminazione della laringe raccomando il *diafotoscopio* elettrico dello *Schütz*, col quale si projettano raggi luminosi propriamente nell'asse visuale, guardando per un piccolo foro centrale. Tale strumento fornito di una lampada elettrica ingegnosissima ed applicabile a qualsiasi buona pila costante si sostituisce con vantaggio all'oftalmoscopio e a qualunque apparecchio per illuminare cavità.

Il Prof. **Luciani**, cedendo la presidenza al Prof. Tafani, prende la parola per fare la 3[a] comunicazione sul *digiuno Succi* intorno alle perturbazioni osservate nella curva del peso. Comincia col dire che quando un animale si

tenga in assoluto digiuno e in condizioni ambienti perfettamente uguali durante tutto il periodo dell'inanizione, la curva del peso complessivo presenta una forma assai regolare. Nella cagna su cui sperimentò a Siena, la curva del peso aveva i caratteri di una curva geometrica, perchè tocca in quasi tutti i punti la linea di una iperbole equilatera di una determinata equazione. Ciò non si osserva nella curva del peso giornaliero del Succi durante i 30 giorni di digiuno, per le molteplici cause esterne perturbatrici a cui fu esposto il Succi, che il Prof. Luciani enumera. Tuttavia si ottenne una curva abbastanza regolare, se si fa astrazione da alcune perturbazioni che decorrono in giorni determinati. Assai più irregolari sono invece le curve del peso costruite sui dati raccolti nello stesso Succi nei suoi precedenti digiuni di Milano e di Parigi. Ma questa differenza non dipende dal non essere stati rigorosi come a Firenze i digiuni di Milano e di Parigi; ma dal modo erroneo con cui vennero fatte le pesate giornaliere. Infatti si ha che la perdita complessiva di peso subìta dal Succi nei 30 giorni di digiuno di Parigi fu di kgr. 14,200, di Milano kgr. 13,100, di Firenze kgr. 11,381.

Il Prof. Luciani passa quindi ad esaminare una ad una le irregolarità o perturbazioni che presenta la curva del peso ottenuta in Firenze, ponendole in rapporto con analoghe irregolarità che si osservano nella curva dell'azoto contenuto giornalmente nell'urina (rappresentante il consumo delle sostanze albuminoidi), e di quelle che si osservano nella curva del numero relativo dei corpuscoli rossi del sangue (rappresentante il diverso grado di condensazione o diluzione del sangue), e termina la sua interessante comunicazione colle seguenti parole:

« Da questo rapido esame, io spero abbiate acquistata la convinzione, « che delle perturbazioni che presenta la curva del peso complessivo del Succi « durante il suo digiuno di 30 giorni, si possa facilmente render conto, con- « siderando le cause perturbatrici diverse che hanno esercitato la loro azione « nei differenti periodi del digiuno. Esse non potevano non verificarsi; era una « necessità fisiologica che si producessero in quei dati tempi, in quelle date « forme e misure, poste quelle determinate condizioni e influenze subite dal « Succi durante l'inanizione. Possiamo adunque concludere che, anche prescin- « dendo dalla sorveglianza di rigore, assidua, e non mai interrotta a cui fu « sottoposto il Succi, noi abbiamo nella curva del suo peso giornaliero, una « prova scientifica inconfutabile che egli ha veramente e seriamente osser- « vato il digiuno nei 30 giorni in cui si sottopose alle nostre osservazioni. »

Si apre la discussione sulla memoria del Dott. Kurz e il Dott. Sacchi dimanda di vedere il pezzetto di ciste estirpata per giudicare del valore dello strumento. Il Dottor Kurz dice di non poter soddisfarlo, perchè tal pezzo più non esiste.

Aperta la discussione sulla memoria Luciani, nessuno prendendo la parola, la seduta è levata alle 2 $^{1}/_{2}$ pom.

Il Presidente
Prof. L. Luciani.

Il Segretario
Dott. A. Bianchi.

OTTAVA ADUNANZA DEL 27 MAGGIO 1888.

Alla Presidenza il Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

Sono presenti i Signori Accademici Luciani, Bianchi Aurelio, Vecchietti, Mattei, Pardo, Boncinelli, Banti, Bianchi Stanislao, Crapols, Giuntoli, Sacchi, Pellizzari Guido, Kurz, Del Greco, Magrini, Marcacci, Fatichi e Grazzi.

Aperta la seduta alle ore 1 pomeridiana dal Prof. Luciani, Presidente, il Dott. Bianchi Aurelio, Segretario, legge il processo verbale della passata adunanza e terminata la lettura, domandando il Presidente se qualcuno aveva da fare osservazioni sul processo verbale, il **Grazzi** prende la parola a proposito della comunicazione fatta nella precedente adunanza dal Dott. Kurz. Avendo sentito dal resoconto letto dal Segretario, che il Dott. Kurz disse che non era stata fatta la diagnosi di ciste della laringe nel suo ammalato altro che recentemente dal Labus di Milano e da lui, il Grazzi, che essendo assente da Firenze non potè assistere alla precedente adunanza, tiene a far sapere alcune notizie riguardanti l'operato del Dott. Kurz, le quali notizie, forse, il paziente non riferì al suo ultimo curante. Infatti, il Grazzi, oltre quattro anni sono, fece la diagnosi di ciste della corda vocale inferiore sinistra nel Sig. Delle Vedove e dopo aver fatto varii tentativi per ottenere il vuotamento della ciste fece costruire espressamente al Bussadori un istrumento, che presenta all'Accademia, per aggredire il tumore per mezzo di un'ansa di platino resa incandescente dalla corrente elettrica. — Dopo varie prove, e forse per l'azione disorganizzante della corrente elettrica, la ciste si aprì spontaneamente, e il Delle Vedove tornò a parlare benissimo. Era difficile afferrare con le pinzette a presa orizzontale od a presa verticale quella ciste, perchè sorgeva dalla faccia inferiore della corda vocale sinistra ed aveva le pareti così tese da sfuggire all'azione delle pinzette. Essendo il Delle Vedove tanto abituato alla laringoscopia da fare vedere benissimo non solo la laringe, ma anche gran parte della trachea, il Grazzi presentò un giorno il malato alla Clinica medica facendolo osservare al Prof. Federici, al Dott. Vanni ed a varii studenti, dicendo loro che aveva avuto una ciste impiantata al di sotto della corda vocale inferiore sinistra di cui non si vedeva allora alcuna traccia. Il Grazzi non seppe che la ciste avesse dopo molto tempo recidivato, finchè non riceveva giorni sono una lettera dallo stesso ammalato nella quale diceva le ragioni per le quali non era venuto a far vedere la sua laringe, quando nella adunanza del 29 Aprile, ultimo decorso, dovendo presentare alcuni operati di tumori sottoglottici e tracheali, il Grazzi aveva invitato anche il Delle Vedove a mostrare ai Signori Accademici la propria laringe.

Il Presidente, dopo aver detto che delle osservazioni fatte dal Dottore Grazzi intorno al processo verbale della passata adunanza, sarà tenuto conto nel processo verbale della presente seduta; invita il Prof. Raffaello Mattei, accademico più anziano ad assumere la Presidenza dovendo il Prof. Luciani leggere una comunicazione sulle *Ricerche fatte sul sangue del Succi durante l'inanizione* insieme al Dott. Colzi. Di questa comunicazione che sarà pubblicata integralmente omettiamo di dare un sunto nel processo verbale.

Il Presidente invita quindi il Dottor Fatichi a fare la sua comunicazione sopra lo *Strozzamento di un' ansa intestinale incompleto e senza epiplon*. Si trattava di una donna che fu presa il 29 Dicembre 1887 da singhiozzo, vomiti e dolori, e portata allo spedale il 30 dello stesso mese morì dopo poche ore. — All' autopsia, oltre la degenerazione grassa del miocardio, fu trovata peritonite diffusa incipiente, ernia enteroepiploica destra con epiplon aderente e intestino riducibile. A sinistra si trovò un'area di forma ovale, di un rosso scuro, col diametro massimo di quattro centimetri ed uno minore di due centimetri a circa trenta centimetri dal cieco; a distanza di dieci centimetri si trovava un'ernia crurale a pizzicotto strozzata; lo strozzamento era fatto da uno dei fori della lamina cribiforme. In questo punto il colore dell'ansa era rosso vinoso con emorragie e ulcerazioni dal lato della muccosa.

Il lettore parla diffusamente della frequenza di questa forma che fu un tempo ignorata, riferendo a tal proposito l'opinione di varii autori e dicendo giustamente, che per la sua piccolezza quest'ernia può fuggire all'osservazione del chirurgo ed esser causa di errori diagnostici; egli però non crede che questa forma sia tanto rara come alcuni la sospettano.

È stato detto che in questa forma si può avere la continuazione della emissione delle feci, il qual fatto può avvenire se si pensa che una sola porzione del lume intestinale rimane occlusa. In quanto alla prognosi ed all'esito il lettore conviene con la maggioranza degli autori che lo strozzamento di un'ansa intestinale incompleta e senza epiplon sia più grave delle ernie comuni, attribuendo tale maggiore gravità al fatto che in questa forma dovendosi lo strozzamento attribuire all'azione di fasci fibrosi, la necrosi si produce prima, essendo facilitata dalla mancanza di afflusso sanguigno non essendo compreso nell'ernia il mesenterio.

Il lettore terminò dicendo che lo strozzamento in questa varietà di ernia avviene nell'anello inguinale interno od in uno dei fori della fascia cribiforme, come si osservò nel caso che formò soggetto di questa comunicazione.

Il Prof. **Luciani** domandò quindi la parola per rettificare alcune inesattezze ed errori di fatto nei quali sarebbe incorso il Prof. Filippi nell'articolo *Varietà* dello « Sperimentale. » Egli comincia col deplorare l'assenza del Filippi, sebbene fosse formalmente invitato dal Luciani medesimo, ma si crede in dovere di non lasciare accreditare nel pubblico *errori di fatto* intorno al digiuno del Succi, che riuscirebbero a diminuire il valore alle ricerche scientifiche fatte da lui e dai suoi collaboratori, le quali egli va comunicando all'Accademia e che infine dovranno essere raccolte in un lavoro complessivo.

Distingue gli *errori di fatto* in cui è incorso il Prof. Filippi in due categorie: quelli della prima, lo riguardano personalmente e consistono in citazioni errate della sua *prima comunicazione* all'Accademia; quelli della seconda, interessano direttamente la scienza e consistono in osservazioni non dimostrate, non attendibili, o facilmente confutabili, che il Filippi dà come dati sicuri incontroversi o assai probabili.

Cominciando dagli errori della prima categoria il Prof. Luciani rileva i seguenti:

I.° Il Filippi gli fa dire più volte che il Succi al principio del digiuno ingerì 30 grammi del suo liquore, mentre egli disse 12 c. c., equivalenti a grammi 13,5.

II.° Asserisce più volte che egli chiamò il liquore del Succi *possente narcotico* e lo assomigliò al *laudano* del Rosseau; mentre egli lo disse *eccellente narcotico* preso epicraticamente nella quantità di dodici centigrammi in due giorni. Disse che nella composizione del liquore entrava *morfina* e *oppio* che è la base del *laudano del Rosseau*, ma non disse in che dose; quindi lo chiamò *laudano del Succi*, non *laudano del Rousseau.*

III.° Più volte gli mette in bocca parole, concetti assai diversi da quelli da lui espressi. Così le seguenti: « Questa faccenda dell'aumentata energia muscolare *mi ha seriamente preoccupato....* ». Egli invece si espresse come segue: « Le indagini sulle variazioni della forza muscolare del Succi durante il digiuno mi hanno seriamente preoccupato. » Così pure il Filippi fa dei bisticci sul concetto dell'*autosuggestione*, riportando a modo suo il ragionamento del Luciani facendolo credere testuale, perchè virgolato.

IV.° Gli fa dire che nell'interpetrazione del fatto dell'aumento apparente della forza muscolare del Succi durante il digiuno, egli escluda affatto la simulazione, mentre si rileva chiaramente dal contesto della comunicazione il dilemma: O simulazione, o autosuggestione. Il Luciani si soffermò solo nell'ipotesi più benigna appunto perchè tale, e perchè bisognosa più di essere chiarita.

Intorno poi al confronto fra i digiuni del Tanner, del Merlatti, del Cetti rispetto a quello del Succi gli fa dire *testualmente* che il Succi « si trova in condizioni di resistere all'astinenza dei cibi per trenta giorni a differenza degli altri che non vi riescono. »

Egli invece si espresse nel seguente modo: « Il digiuno del Succi non differisce dagli altri se non per questo: Che egli cioè si trova e in parte si pone « in tali condizioni, da resistere all'astinenza dai cibi per trenta giorni, rimanendo per questo tempo in istato perfettamente fisiologico, ciò che non sembra essere riuscito finora ad alcun digiunatore per un tempo altrettanto « lungo. »

Passando agli errori di fatto della seconda categoria, il Prof. Luciani contradice le seguenti affermazioni del Filippi:

I.° Il Filippi ritiene che il Succi 3 o 4 giorni prima del digiuno avrebbe ingerito 160 grammi del suo liquore, e nei primi 3 giorni del digiuno tre grammi. Egli si fonda sulla semplice asserzione del Succi, che non è [illegible]

prova scientifica, e neanche una prova morale o giuridica, perchè il Succi asserì il contrario sia al Prof. Luciani, sia all'Accademia nell'atto scritto in cui propose le condizioni del digiuno. Il Prof. Luciani fondandosi sugli esami obiettivi eseguiti nel Succi il 27 e il 29 Febbraio dimostra: che questi prima del digiuno, o non prese affatto il suo liquore, o ne prese in sì piccola dose da non produrre effetti rilevabili. Dimostra inoltre che tra la vigilia e il primo giorno del digiuno il Succi ingerì 12 c. c., del suo liquore. Ciò risulta da constatazione diretta, registrata dal Prof. Luciani sul luogo stesso dell'esperimento.

II.° Il Filippi asserisce che nei primi tre giorni del digiuno il Succi si mostrò in preda a fenomeni di *ebetudine anestetica* (sic) della quale traccia un quadro basato su semplici apprezzamenti subiettivi. Il Prof. Luciani sulla base di tracciati e di dati obiettivi raccolti nel Succi, dimostra come la descrizione del Prof. Filippi non è che un romanzo.

III.° Il Filippi fa una distinzione netta fra *azione narcotica* e *azione anestetizzante*, *torpente* o *ipnotica*, senza esprimere in che egli fa consistere codesta differenza. Asserisce che il liquore del Succi preso a piccole dosi calma, ad elevate eccita, senza addurre le prove, e senza dire a qual dose produca la ebetudine anestetica. Afferma che preso da qualsiasi altro individuo che non sia il Succi, che vi è di lunga mano abituato, riuscirebbe venefico, che occorrerebbero *tre mesi e più* ad altri individui prima di riuscire a tollerarlo alla dose alla quale giunge il Succi. Tutto questo ed altro ancora afferma il Prof. Filippi basandosi non già su dati esperimentali, ma sulle semplici affermazioni del Succi, che egli dà come prove di maggior valore dei dati obiettivi raccolti dal Prof. Luciani. Infatti finisce per esclamare: « *Tutto questo* (asserito dal Succi) *è un fatto, e il resto è zero!* »

IV.° Altre erronee asserzioni sono contenute nell'articolo del Prof. Filippi che il Prof. Luciani si limita ad enumerare. Tali sono le seguenti: Che il Succi promise alla Commissione Accademica di astenersi dai cibi solidi (sic), mentre invece si obbligò di astenersi da qualsiasi cibo e bevanda, meno l'acqua di fonte e le acque minerali: che il Succi subì una diminuzione complessiva di peso di 14 Kg., mentre invece subì una diminuzione di peso netto di soli Kg. 11,961: che il Succi ha mantenuto fino al termine del digiuno la forza muscolare iniziale, mentre invece resulta che nella mano destra la forza diminuì di 2 Kg. e nella sinistra di 5 Kg. Il Filippi inoltre chiama periodo anaplastico l'età di 38 anni del Succi, mentre doveva chiamarlo cataplastico. Asserisce che il Cetti durante il digiuno soffrì di *diarrea*, mentre nulla di ciò è notato dal Senator, di cui il Prof. Luciani cita le parole testuali. Fa credere che il Tanner abbia avuto lunghe sofferenze durante il digiuno, senza dir nulla di concreto intorno alla durata dell'inanizione contenuta nei limiti fisiologici. Crede che nel liquore del Succi entrino sostanze capaci di *fissarsi nell'organismo* e di produrvi *saturazione alcaloidea* (sic), senza darsi pensiero di confortare questa sua credenza con un solo esempio di analogia. Non esclude il dubbio che il Succi abbia preso furtivamente durante tutto il periodo del digiuno degli alcaloidi o glucosidi, e non tien conto che ogni

sera fu fatta al Succi una rigorosa perquisizione nella sua camera e non riferisco i resultati ottenuti dal Prof. Giacomelli dalle analisi chimiche delle urine del Succi che gli furono affidate da lui stesso per la ricerca degli alcaloidi.

Il Presidente Prof. Mattei apre la discussione sulle comunicazioni fatte dal Dott. Fatichi e dal Prof. Luciani: nessuno domanda la parola sulla prima; a proposito delle ultime osservazioni fatte dal Prof. Luciani, egli stesso rivolge la domanda al Dott. Crapols, segretario del Comitato di sorveglianza, se cioè i Bollettini che erano comunicati ai giornali politici avevano un carattere ufficiale, alla qual domanda il Dott. Crapols risponde negativamente.

Il Dott. Marcacci domanda se per constatare le qualità tossiche del liquore del Succi furono fatti esperimenti sugli animali, ma sembra che esperimenti ben diretti in proposito non siano stati peranco eseguiti.

Nessun altro domandando la parola, l'Adunanza viene sciolta alle ore tre pomeridiane.

V.º Il Presidente.
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario.
Dott. Vittorio Grazzi.

NONA ADUNANZA PUBBLICA DEL 15 LUGLIO 1888.

Alla Presidenza il Presidente Prof. Luigi Luciani.

Sono presenti i Signori Tafani, Vecchietti, Brigidi, Bajardi, Tommasi, Boncinelli, Celoni, Banti, Baldi, Sacchi, Pardo, Fatichi, Colzi, Crapols, Gelli, Guido Pellizzari, Celso Pellizzari, e Aurelio Bianchi.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pomeridiane.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente seduta il Professor **Tafani** prende la parola intorno *ad alcune particolarità della fecondazione, studiate specialmente sui topi bianchi.*

Mentre molti anatomici si sono data cura d'investigare i fenomeni che accadono nelle uova degli animali inferiori avanti, nell'atto e subito dopo la fecondazione, pochi hanno cercato i fatti corrispondenti nei vertebrati più bassi e pochissimi poi gli hanno saputi esaminare nei mammiferi.

Vero è che le prime fasi dello sviluppo di questi furono prese di mira in modo speciale dagli studii del Barry e del Bischoff verso la metà di questo secolo e, più recentemente, da quelli dell'Hensen e del Van Beneden. Però giova riflettere che le questioni, le quali a noi oggi su tale argomento si presentano a risolvere, sono più numerose e molto diverse da quelle che potevansi sollevare anche quando scrissero in proposito i due ultimi naturalisti citati.

Per conseguenza, vedendo la necessità che fossero fatte nuove ricerche sopra la maturazione, la fecondazione e la segmentazione delle uova dei mammiferi, scelsi per eseguirle il *mus musculus* (varietà bianca, varietà nera) che facilmente si mantien sano nei nostri Laboratorii e che in gran numero ed in qualunque stagione dell'anno vi si riproduce.

Il Bellonci, di cui deploriamo la recentissima perdita, cercò di studiare le uova maturanti ovariche dei topi ed il Selenka di esaminarle dopo la segmentazione. Io, invece, con questa nota espongo i fatti osservati nell'uovo di tali animali dalla sua discesa nella tromba fino ad avanzata segmentazione.

Debbo premettere che l'ovajo del *mus musculus* è circondato da una cassula completa come nella Phoca, nella Mustela, nella Lutra, nell'Ursus (Veeber), nella Talpa (Mac-Lead) ed in alcuni chirotteri (Mac-Lead e Van Beneden), e che la tromba, incominciando da questa cassula, si dirige con andamento molto tortuoso verso la sommità del corno uterino corrispondente.

Ed è altresì necessario aggiungere che nella cassula e nella parte iniziale della tromba stessa si raccoglie un liquido generalmente limpidissimo, poche volte sanguinolento, quando si staccano le uova dai rispettivi follicoli.

Ciò posto, i fatti principali certamente osservati si compendiano nelle seguenti conclusioni.

Dal momento in cui una femmina si accoppia, al momento del parto trascorrono circa venti giorni.

Si giudica che l'accoppiamento è avvenuto dalla presenza di un tappo vaginale corrispondente a quello che osserviamo in identiche circostanze in alcuni altri animali.

Il tappo vaginale è di esclusiva provenienza maschile e non già quale afferma il Lataste per il *Pachyuromis Duprasi Lataste* e per il *Dipodillus Simoni*.

Ogni volta che maturano alcune uova per essere espulse dall'ovajo, ha luogo un solo accoppiamento. Fra ottanta femmine, uccise nelle prime ventiquattro ore dopo l'accoppiamento, se ne trovò una sola che avesse due tappi vaginali e che quindi si fosse accoppiata altrettante volte ed a breve intervallo. È però da notare che essa aveva partorito da sole 36 ore.

Il tappo occlude completamente tutta la vagina e rimane in posto per più di 24 ore nel maggior numero dei casi.

In tutte le femmine, nelle quali si notarono i segni dell'avvenuto accoppiamento, trovammo altresì, nelle prime 50 ore consecutive, le uova nelle trombe.

In quattro femmine uccise subito dopo l'accoppiamento, le uova eransi già per un breve tratto inoltrate nelle trombe stesse.

Volendo studiare quella parte del periodo di maturazione che le uova percorrono nell'ovajo, è necessario sapere che due o tre giorni dopo il parto ne maturano alcune, presso a poco come accade nelle coniglie.

Nell'ovajo, insieme alle uova maturanti destinate ad essere espulse, se ne trovano alcune che maturano, sebbene ne sia impossibile la discesa verso la tromba. Esaminando queste ultime, quando le prime già scese nella tromba sono per essere fecondate, si vede che emettono un globulo polare.

Fino ad ora non si è trovato alcun uovo nei follicoli prossimi a scoppiare che avesse formato un globulo polare normale, come il Bellonci dice che accade nelle cavie ed il Van Beneden nel coniglio e nei chirotteri.

Generalmente maturano in un medesimo tempo e quindi insieme discendono per le trombe da sei a dieci uova. È raro però che nascano più di sei figli. Numerose osservazioni anzi dimostrano che in moltissimi casi non sono fecondate tutte le uova che discendono per le trombe e che, qualche volta, alcune non giungono neppure a maturazione completa.

Le uova completamente sferiche, contenute nella prima porzione della tromba avanti che vi arrivino gli spermatozoi, si presentano nei varii casi a quattro diversi stadii di maturazione.

In alcune si trova soltanto il fuso di maturazione disteso sopra la superficie, mentre in altre l'osserviamo diretto obliquamente verso un punto di questa che si solleva.

In alcune si vede formare un globulo polare ed in altre si assiste all[illegible] formazione di un secondo globulo, dopo che il primo è completamente emess[illegible].

Come in una medesima tromba e nel medesimo tempo si trovano uo[illegible] mature aventi uno o due globuli polari, così in altri casi possiamo trova[illegible] uova fecondate e segmentate che abbiano uno o due globuli polari.

I globuli polari per il volume loro, per la costituzione del loro corpo, per la quantità della cromatina sparsavi o raccoltavi a forma di nucleo, non possono esser confusi con le cellule che circondano l' uovo.

I globuli polari non abbandonano in caso alcuno le uova, essendovi mantenuti applicati sopra da uno strato albuminoso esterno.

La fecondazione avviene quando sta per comporsi il pronucleo femminile dalla parte residuante del fuso di maturazione, che ha formato l' unico globo polare, oppure dalla parte residuante del fuso di maturazione che ha formato anche un secondo globulo polare.

La fecondazione in ogni caso ha luogo nella parte iniziale della tromba.

Per calcoli fatti sembra che essa accada sette od otto ore dopo l' accoppiamento.

Mentre un grande numero di spermatozoi penetra nell' utero, pochissimi riescono ad inoltrarsi per la tromba.

L' uovo discendendo dall'ovaja è accompagnato da molte cellule della membrana granulosa divenute ameboidi od in alcuni casi fattesi globulifere. Presso ogni accumulo di queste cellule non ho veduto avanzarsi più di due o tre spermatozoi.

Esaminando le uova mature, completamente isolate dalla tromba e mantenute sotto il microscopio a conveniente temperatura immerse nel liquido tolto dalla respettiva cassula ovarica, non ho scorto più di uno spermatozoo dotato di movimenti che venisse a contatto delle medesime.

Quando lo spermatozoo è penetrato nello strato albuminoso che circonda l' uovo, si forma in un punto superficiale di questo una rilevatezza papuliforme, rilevatezza che raramente ha sede al polo opposto a quello per cui sono emessi i globuli polari: anzi molte volte producesi lateralmente ad essi, ma dalla parte opposta a quella ove sta organizzandosi il pronucleo femminile.

Per regola un solo spermatozoo prende parte alla fecondazione. Appena è penetrato nel mezzo del sollevamento prodottosi alla superficie dell' uovo, non si distingue più altro che la sua testa intensamente colorabile.

La testa dello spermatozoo, fino a quel momento omogenea, si risolve ben presto anche nel topo in un reticello formato di granuli cromatici riuniti tra loro da filamenti, come ha osservato il Van Beneden nelle uova dell'*Ascaris megalocephala.*

Di pari passo con la formazione ed accrescimento del pronucleo maschile si organizza quello femminile dai residui del fuso di maturazione.

I due pronuclei appena composti hanno grandezza e tessitura diversa e sono distanti l' uno dall'altro. Adagio adagio si avvicinano dirigendosi verso il centro dell' uovo. In questo tempo la loro parete si fa meno distinta.

In principio la loro cromatina è disposta a forma di sferulette ed in fine apparisce con l'aspetto filamentoso.

In due femmine soltanto fu trovato un uovo con tre pronuclei; ed in uno di questi casi potevasi con certezza ritenere che due pronuclei fossero di derivazione maschile.

Dagli elementi dei pronuclei deriva il fuso di segmentazione. Questo è

voluminoso, confronto fatto col fuso di maturazione, ed ha gli estremi rivolti verso due punti diametralmente opposti dell'equatore dell' uovo.

Avanti la divisione dell' uovo distinguonsi abbastanza chiaramente a' poli del fuso di segmentazione i segni delle sfere di attrazione e, in special modo, i globuli centrali di queste.

L' uovo fecondato progredisce oltre nella tromba e quando è vicino a dividersi perde in ogni caso quell' accumulo di cellule della granulosa ovarica da cui era accompagnato e circondato.

Il primo piano di segmentazione passa per uno dei meridiani dell' uovo.

I due blastomeri che ne derivano sono perfettamente uguali tra loro per volume e per tessitura. Si comportano nello stesso modo tanto se trattati con le varie materie capaci di colorare la cromatina, quanto con i reagenti delle sostanze grasse. Nel coniglio, invece, già si notano differenze per volume e composizione tra l' uno e l'altro (Van Beneden).

L' uovo conserva nel suo insieme la forma sferica tanto quando si è diviso in due, che quando è composto di quattro blastomeri.

Allorchè è composto di quattro blastomeri possiamo dimostrare chiaramente che questi sono tutti uguali tra loro e che ciascuno ha la forma di una piccola piramide a tre facce, con la base esternamente convessa e disposta alla superficie dell' uovo. In una parola, la forma degli elementi dell' uovo diviso in quattro è diversa da quella disegnata e descritta dagli altri autori.

Nei tagli passanti per l'equatore dell' uovo così segmentato si vedono soltanto tre blastomeri.

L' uovo in uno stadio successivo si divide in otto blastomeri sempre tra loro uguali. In questo caso però essi tendono quasi sempre a disporsi in due gruppi distinti. L' uovo perde la forma sferica allungandosi leggermente e diviene più grande.

Dopo questa fase l' uovo è composto di dodici elementi, otto dei quali più piccoli degli altri.

Nessuna cavità fino a questo momento si è potuta constatare al centro dell' uovo.

Nei varii gradi di segmentazione finora studiati si può sempre riconoscere il globulo od i globuli polari. Dalla posizione di questi credo potere con fondamento, come dimostrerò nella successiva memoria, stabilire la direzione dei piani di segmentazione.

Poco dopo avvenuta la fecondazione non si riscontra più alcuno spermatozoo nè sull' uovo nè in vicinanza di questo; tanto meno se ne osserva qualcuno quando l' uovo è segmentato. Non così accade nel coniglio (Van Beneden).

L' uovo maturante, maturo e fecondato contiene poche sostanze colorabili in nero dall'acido osmico e queste, sotto forma di granulazioni, sono raccol nella e presso la parte centrale.

Le uova che, discese nella tromba, non vi giungono a perfetta matur zione, quelle che maturate non son fecondate e quelle fecondate, si avanza contemporaneamente verso l' utero. Le prime degenerano prestissimo perdend ogni traccia di sostanza cromatica: così pure le seconde, ma queste però s guitano ad averla nei respettivi globuli polari.

In due femmine si è tolto dall' ultima porzione della tromba un uovo composto di un grosso segmento e di non pochi segmenti più piccoli. Il segmento più grande conteneva molta sostanza cromatica sparsa, mentre gli altri erano privi affatto di nucleo e disuguali.

Gli studii che hanno servito a trarre le sopra esposte conclusioni intrapresi da quattordici mesi, sono stati eseguiti sopra più di 140 femmine uccise ad epoche diverse nei primi tre giorni dopo l'accoppiamento, e sono stati condotti a termine con metodi diversi.

Oltre a praticare l'esame sopra le uova sempre viventi, come è stato detto più innanzi, è necessario isolarle completamente dalla tromba, dopo averle fissate col sublimato, colorandole poi col carminio boracico sotto il campo del microscopio.

Moltissimi preparati si sono anche fatti tagliando in serie le trombe fissate o col sublimato o col liquido del Flemming o con quello del Kleinenberg.

Le fotografie di molte preparazioni, eseguite egregiamente dal mio valente collega Prof. Roster, e le preparazioni stesse sono a disposizione di tutti coloro che vorranno verificare l'esattezza dei fatti nuovi surriferiti.

Infine della conferenza il Prof. **Tafani** mostra le femmine di questi topi con il tappo vaginale, i tappi vaginali isolati, una serie di preparati microscopici ed una serie di fotografie di questi preparati eseguiti dal Professor Roster.

Prende la parola il socio **Baldi** *intorno alla formazione degli acidi biliari nell'organismo.*

Nel 1884 (1) in una seconda pubblicazione sulla *escrezione biliare*, basandomi sopra una serie non piccola di fatti, venni nel concetto che la formazione della bile e più specialmente degli acidi biliari, similmente all'urea, si compiesse in tutto l'organismo, e non esclusivamente nel fegato, come fino ad oggi si è sostenuto da tutti. La conclusione mia di allora era una induzione logica dei fatti, ma non era il resultato diretto e positivo dell'esperienza. Perchè l'ipotesi addivenisse teoria era necessaria una diretta sanzione sperimentale. Mi occorreva, cioè, dimostrare che un altro organo, come il polmone, o il rene, o i muscoli fossero capaci di formare gli acidi biliari come è capace il fegato. — Bisognava formarsi da prima un metodo di ricerche e a tale scopo pensai di servirmi del metodo delle circolazioni artificiali attraverso gli organi staccati.

Per le molte esperienze praticate nel laboratorio di Ludwig, e per quelle praticate anche in quello di Schmiedeberg, è noto che un organo può sopravvivere alla morte dell'animale ancora per molto tempo, come un nervo e un muscolo; e secondo lo Schmiedeberg e il Bunge il tempo di sopravvivenza oscillerebbe fra le 6-8 ore.

Rammenterò solo per sommi capi quanto si riferisce al metodo delle circolazioni artificiali perchè noto a tutti.

(1) Sulla formazione dei componenti biliari e sulla funzione emuntoria del fegato. *Lo Sperimentale*, 1884.

Gli organi staccati da un animale ucciso per dissanguamento in piena salute vengono posti in una cassa di zinco a doppia parete che si mantiene alla temperatura del corpo. Altra scatola, riscaldata pure alla temperatura dell'animale, contiene due boccie con una tubulatura inferiore ed una superiore, le quali si riempiono del sangue defibrinato omogeneo ed eterogeneo che si vuol far circolare. La tubulatura inferiore della boccia è in comunicazione con l'arteria dell'organo in esperimento; la superiore con una bottiglia vuota a perfetta tenuta d'aria che porta un manometro, nella quale scola acqua da una boccia alla Mariotte. La circolazione artificiale può continuarsi, a seconda dei casi, 3-4 e più ore facendo passare più volte il medesimo sangue sempre bene ossigenato dopo di averlo raccolto in un matraccio dalla vena dell'organo.

Ove si fosse avuto formazione di acidi biliari facendo circolare il sangue in un organo, questi acidi non potevano essere accumulati che nel sangue, quindi mi occorreva di creare un metodo per la ricerca non troppo facile di questi acidi nel sangue. Dopo non pochi tentativi, sono giunto a trovarne uno abbastanza esatto, facile e soprattutto poco dispendioso: cosa non di poco interesse nei nostri laboratorii.

Finita la circolazione artificiale raccolgo tutto il sangue, con cui ho esperimentato, compreso quello che può esser rimasto nell'organo in esame ed in una capsula lo evaporo nel tempo il più breve possibile sul bagno maria, agitandolo continuamente fino a che non sia una polvere secca. Questo sangue così seccato lo tratto con alcool assoluto bollente, lo lascio per qualche ora a sè e poi lo filtro; il filtrato precipito con un eccesso di etere. Il precipitato dopo qualche ora aderisce alle pareti ed al fondo del vaso ed è costituito da *sali biliari*, carbonati ed altre impurità. Riprendo il precipitato ottenuto con acqua, precipito con ClH allungato, lavo, sciolgo il precipitato e saggio con zucchero ed acido solforico concentrato. Come una prima prova qualitativa per ammettere od escludere la presenza dei sali biliari, sarebbe sufficiente anche la comparsa o no della colorazione rosso-porpora caratteristica. Ma per avere una cognizione quantitativa si potrebbe purificare questi sali o trattando la soluzione acquosa del precipitato etereo con acetato neutro di piombo e poi riprendere il precipitato, liberarlo dal piombo e cristallizzare; oppure, purificare il precipitato etereo anche con successive cristallizzazioni dall'alcool. Tutto questo però quando la quantità della sostanza ottenuta lo permettesse; perchè si sa bene che la purificazione di una sostanza, per quanto si lavori esattamente implica sempre una perdita della medesima.

Espostovi il metodo per la determinazione degli *acidi biliari* nel sangue, eccovi il piano delle mie ricerche: far circolare attraverso ad un organo staccato un sangue dove fosse mescolato *acido colalico e glicocolla* per veder se ottenessi la sintesi dell'*acido glicocòlico*, come si ottiene la sintesi del l'ac. ippurico facendo una circolazione nel rene del porco con sangue mescolat ad acido benzoico e glicocolla. Se questa prima esperienza praticata nei var organi, all'infuori del fegato, avesse dato un resultato negativo, la mia ipotes sarebbe stata fortemente minacciata, se non addirittura crollata dalle fonda

menta; se avessi ottenuto un resultato positivo, vale a dire la sintesi dell'acido glicocolico, la mia ipotesi avrebbe avuto in questo fatto un valido appoggio, ma non sarebbe stata la prova incontrastabile che un organo che non sia il fegato possa formare al pari di questo la sua quota di acidi biliari. Si sarebbe potuta sempre affacciare l'obiezione che un organo è capace di effettuare la sintesi dell'acido glicocolico, solamente quando nel sangue si trovino gli elementi che costituiscono quest'acido. Quindi bisognava che io in una seconda serie di esperienze dimostrassi non più la sintesi dell'acido glicocolico, ma la formazione dell'acido *colalico* negli organi staccati. Allora solamente si sarebbe potuto avere la prova certa che il fegato non è il solo formatore degli acidi della bile. — A questo scopo mi proponeva di fare delle circolazioni artificiali in organi staccati mescolando al sangue la sola glicocolla. Se nel sangue circolato avessi avuto la presenza dell'acido glicocolico, ciò avrebbe significato che l'organo in esperimento non è solo capace di una sintesi dell'acido glicocolico, ma anche della formazione dell'*acido colalico*, e la glicocolla in questo caso mi avrebbe servito da reattivo dell'*acido colalico.*

Quantunque in tutti i trattati i più in uso si neghi nel sangue la presenza degli acidi biliari, pure l'esigenza sperimentale richiedeva che si cimentasse col medesimo processo anche il sangue *non circolato*, in confronto del *sangue circolato.* Nel caso che nel sangue non circolato avessi trovato presenza di acidi biliari, la mia ipotesi avrebbe guadagnato non poco terreno per giungere ad una legge positiva e si sarebbe aperto al tempo stesso il campo ad una terza serie di ricerche non meno interessanti delle prime.

Sono ben lungi dal poter presentare all'Accademia tutte le tre serie di esperienze nella loro completezza. I pochi resultati che presento non sono che il principio fortunato di un lavoro lungo e diligente che è tuttora in corso. Non ho creduto ozioso di esporveli per avere un giudizio di egregi Colleghi, che mi rendesse più sicuro della giustezza delle mie premesse e perchè in verità anche questi primissimi resultati non mi sembrano affatto privi di interesse.

Ed ecco senz'altro il resultato delle poche ricerche compiute.

Il sangue non circolato e tenuto nelle medesime condizioni di ambiente che il sangue circolato nell'organo estirpato, trattato col metodo anzi descritto, presenta in piccole quantità una sostanza estraibile con alcool, solubile in alcalini, precipitabile con acidi minerali, la quale dà la reazione del Pettenkofer e che per ora io interpretai come *tracce d'acidi biliari.*

Per vedere se questo fosse dovuto ad una putrefazione ho esaminato quantità uguali di sangue freschissimo, e di sangue in avanzata putrefazione. Entrambi mi hanno dato solamente tracce di acidi biliari, e senza differenze quantitative apprezzabili.

Quindi da queste prime esperienze può ritenersi che nel sangue normale si ha la presenza di acidi biliari, come anche l'Enderlin (1) aveva tro-

(1) H. MILNE EDWARDS. Leçons sur la Physiologie et l'Anatomie de l'Homme et des Animaux.

vato nel 1852. — Del resto, era logico l'ammettere che nel sangue circolante vi fossero acidi biliari, ammettendo che questi si formino in tutto l'organismo. Non potendone scoprire la presenza, bisognava ammettere che nel sangue circolante se ne contenesse in così piccola quantità da non potersi mettere in evidenza coi nostri mezzi d'indagine.

Nel tradurre in atto il progetto della prima serie di ricerche l'esperienza non tardò a farmi accorto delle gravi difficoltà di cui era irta la risoluzione del problema che mi proponevo. Intanto il sangue a cui mescolavo una certa quantità di acido colalico era alterato nella sua emoglobina e l'ossigenazione si compieva molto imperfettamente; la circolazione era enormemente difficoltata per un' azione costrittrice sui vasi dell' acido colalico: finalmente la separazione dell' acido colalico rimasto, dall'acido glicocolico mi si mostrava di una difficoltà imponente, attesa la pochezza della sostanza. Per cui renunziando alla prima serie, passai alla seconda.

Prima che in qualunque altro organo, era naturale che facessi una circolazione artificiale con glicocolla nel *fegato* per avere una norma. Una tale circolazione mi dette per resultato formazione di acidi biliari, perchè il sangue circolato ne conteneva evidentemente una quantità maggiore del sangue non circolato.

Dopo il fegato, ho praticato una circolazione artificiale sul polmone, con un resultato uguale, ma per ora non ho prove sufficienti per dire se la quantità di acido *colalico* formatosi nel polmone fosse uguale, maggiore o minore di quella formatasi nel fegato.

Ho fatto poi una circolazione artificiale nel rene, adoprando sangue senza aggiunta di nessuna sostanza altro che cloruro di sodio. Il resultato di questa esperienza non è così netto perchè io possa dire che anche nel rene è avvenuta formazione di *acido colalico.*

Questi sono i resultati che ho ottenuti dalle prime mie ricerche; quanto prima avrò completato la serie delle esperienze, mi farò un dovere di presentarne all'Accademia i resultati.

Il Dott. **Banti** domanda se il sangue non circolato in cui si trovarono acidi biliari fu trattato col medesimo metodo, per la ricerca degli acidi, che quello circolato.

Il Dott. **Baldi** risponde: che non solamente tanto il sangue circolato come quello non circolato furono trattati col medesimo metodo, ma che il sangue non circolato era porzione di una medesima quantità di sangue. Prevedendo poi una seconda domanda del Dott. Banti, si affretta a dichiarare che il sangue circolato conteneva evidentemente una quantità di sali biliari maggiore che il sangue non circolato.

Aperta la discussione sulla memoria del Prof. Tafani, il **Presidente** domanda se davvero sarebbe un solo spermatozoo quello che feconda l'uovo, non intende perchè non dovessero giungervene più d' uno. È una condizione particolare ai topi bianchi che determina cotesto fatto?

Il Prof. **Tafani** osserva che vide sempre entrare nell' uovo un solo spermatozoo, ma non esclude che ve ne possano, in alcuni casi rarissimi, entrare due

L'uovo che scende per la tromba, scende insieme a cellule ameboidi: non sa se esse siano una difesa per l'entrata degli spermatozoi. I topi bianchi empiono nel coito l'utero di sperma e il tappo vaginale impedisce a questo di uscire per 24 ore: ma di fronte a ciò nella tromba arrivano pochissimi spermatozoi e quelli dell'utero muojono poco dopo l'ejaculazione.

Vuole del resto studiare perchè gli spermatozoi spariscano presto nell'utero e quali glandule secernano il liquido pel tappo vaginale.

Il Prof. **Luciani** dice essere molto importante il fatto della morte degli spermatozoi nell'utero: però sebbene tutti gli autori neghino la fecondazione nell'utero, non crede che fin qui vi sia ragione positiva per ammettere che non possa mai ciò avvenire.

Il Prof. **Tafani** replica di non sostenere il fatto che per la specie studiata, conigli e topi: pei primi il Van Beneden li vide sempre fecondati nella tromba: nei topi il Tafani vide l'uovo fecondato nella parte più alta della tromba che è pieghettata ad ansa. Aggiunge che le uova mature sono da 8 a 10 per ogni periodo di calore e i figli che nascono sono al massimo 4, 5, 6. Ciò prova che non tutte le uova sono fecondate e in due casi vide difatti due uova degenerate. Esclude pei suoi 120 casi che la fecondazione possa avvenire nell'utero, perchè l'uovo espulso dall'ovajo dee esser fecondato nella tromba; nell'utero subirebbe tali modificazioni che non lo farebbero più atto alla fecondazione.

Il Prof. **Luciani** domanda se crede che possa estendersi questa osservazione all'uomo: sarebbe utile ben chiarire se si concepisca più facilmente dopo la mestruazione o se ciò può accadere in qualsiasi giorno del mese; se sempre con la mestruazione coincide la ovulazione e se l'ovulo dee trovarsi sempre in un certo periodo di sviluppo per fecondarsi.

Il Prof. **Tafani** ritiene che gli studii fatti si limitino solo a dare responsi per gli animali studiati: ma potrebbero anche servire a spiegare le proposte fatte. Il Van Beneden ha osservato che i chiropteri si accoppiano in autunno, il loro utero resta tutto l'inverno tappezzato di spermatozoi e i piccoli nascono di Giugno dopo due mesi di gestazione. Ora in tal caso o lo spermatozoo ha sopravvissuto o l'uovo fecondato si è arrestato nel suo sviluppo: il Van Beneden dice che infatti l'ovolo si segmenta di inverno e si sviluppa di primavera. Nel capriolo si vide che la fecondazione avviene nel Maggio, l'ovolo si comincia a svilupparе nel Giugno, poi si arresta e l'animale partorisce di Dicembre. Potrebbe in tali casi quindi credersi che l'uovo che è stato fecondato non ha trovato subito condizioni favorevoli al proprio sviluppo, si è arrestato e poi si è sviluppato di nuovo. Del resto finisce col dire che i fatti osservati da lui si riferiscono a topi e conigli, che han parti diverse da quelle umane, tappo vaginale e accoppiamento unico.

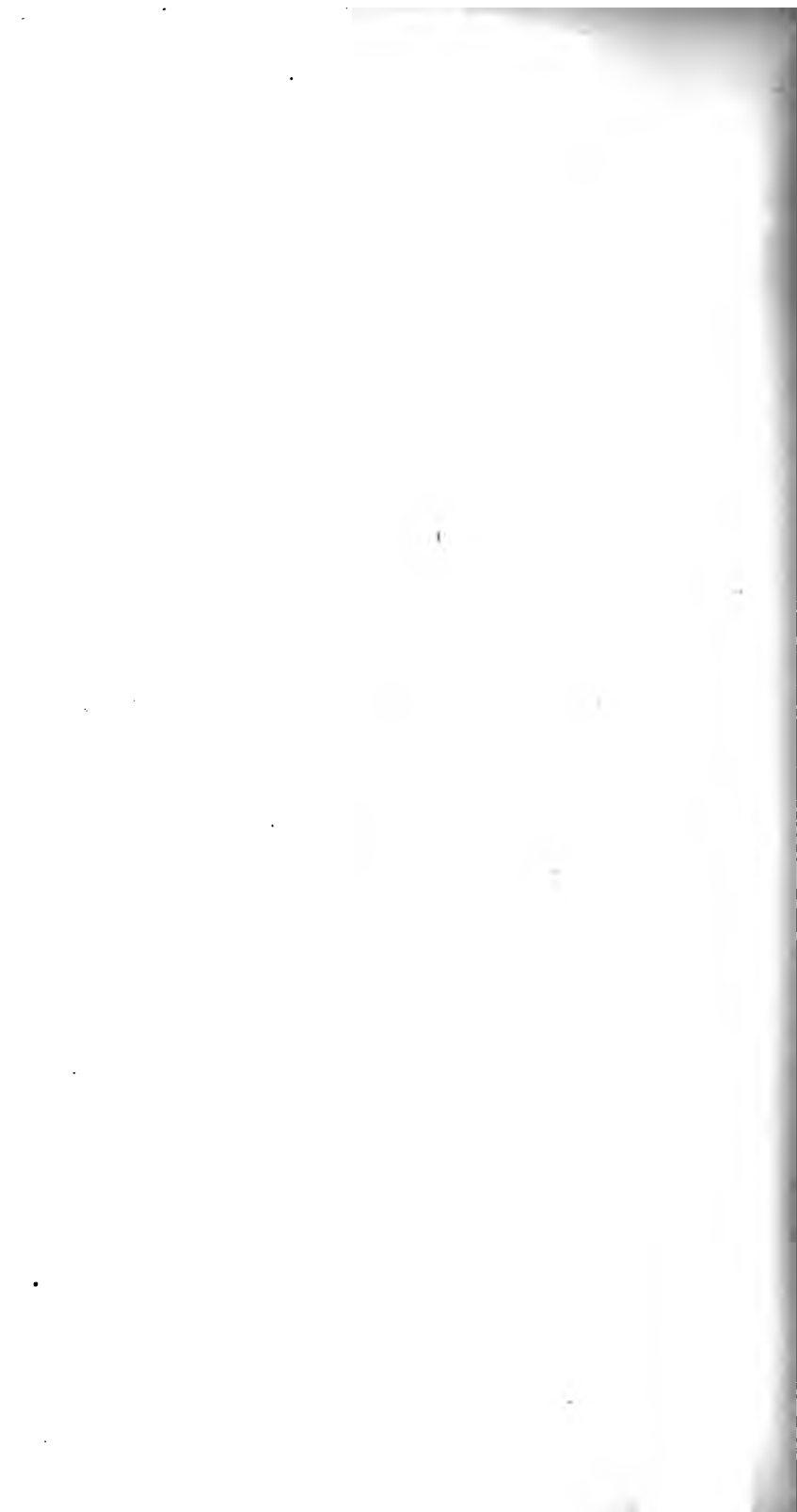
Il Prof. **Luciani** dice che su queste basi resterebbe dubbio se la mestruazione coincida con la ovulazione.

Il Prof. **Tafani** osserva che però anche nei topi la ovulazione coincide col turgore dell'ovajo e con l'accumulo di liquidi: secondo lui la maturità dell'uovo coincide con la mestruazione.

Aperta la discussione sulla memoria Baldi, dopo alcune osservazioni del Dott. **Banti** e schiarimenti dati dal Prof. **Luciani** e dal Dott. **Baldi** la seduta è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V° Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

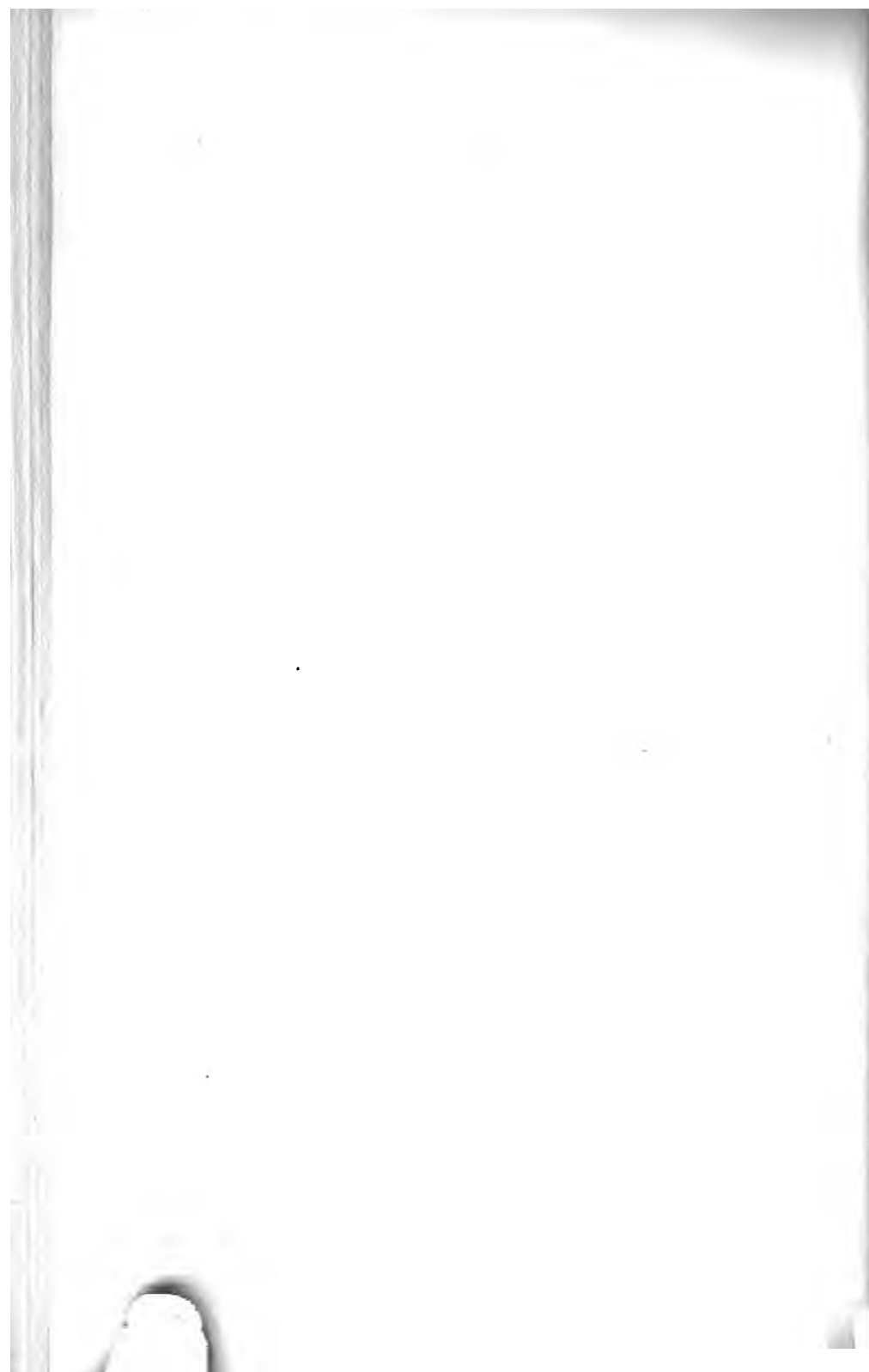
Il Segretario
Dott. Aurelio Bianchi.

ANNO ACCADEMICO 1888-89

CONSIGLIO ACCADEMICO

Luciani Prof. Luigi	*Presidente*
Eccher Prof. Alberto	*Vice Presidente*
Faralli Dott. Giovanni	»
Bianchi Dott. Aurelio	*Segretarii degli Atti*
Bianchi Dott. Stanislao	
Banti Dott. Guido	*Segretario delle Corrispondenze*
Boncinelli Dott. Francesco	*Consigliere*
Marcacci Dott. Giorgio	»
Coppola Prof. Francesco	»
Mattei Prof. Raffaello	»
Bajardi Prof. Daniele	»
Vecchietti Dott. Eduardo	»

COMMISSIONE PERMANENTE

Filippi Prof. Angelo	*Presidente*
Grilli Dott. Pietro	*Consigliere*
Bargioni Dott. Gustavo	»
Nesti Dott. Leopoldo	»
Celoni Dott. Pietro	»
Del Greco Dott. Giovanni	»

Bargioni Dott. Gustavo	*Cassiere*
Marcacci Dott. Giorgio	*Bibliotecario*

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL 9 DICEMBRE 1888.

Alla Presidenza, il Prof. L. LUCIANI, *Presidente*.

Sono presenti i Signori Accademici: Luciani, Baldi, Mattei, Giuntoli, Bianchi S., Bianchi A., Sacchi, Banti, Vecchietti, Crapols, Kurz, Bloch, Tommasi e Grazzi.

Il Presidente aprendo la seduta verso l'una e mezzo pom. fa notare che essendo tardi e dovendo trattarsi importanti affari nella seduta privata, propone di effettuare solamente una parte dell'ordine del giorno della seduta pubblica, limitarsi cioè alla comunicazione del Dott. Aurelio Bianchi, rimettendo alla seduta prossima quella del Dott. Stanislao Bianchi.

Il Presidente invita quindi il Dott. Aurelio **Bianchi** a leggere la sua « *Relazione sommaria del 1° Congresso di Medicina Interna,* » la quale comunicazione termina con l'augurio che questi Congressi seguitino nei futuri anni.

Terminata la lettura del Dott. Bianchi e nessuno domandando la parola nella discussione che il Presidente apre sulla medesima, la seduta pubblica è tolta e l'Accademia rimane riunita in adunanza privata.

Il Presidente
Prof. L. LUCIANI.

Il Segretario
Prof. V. GRAZZI.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL 20 GENNAIO 1889.

Alla Presidenza, il Prof. TAFANI, *Presidente*.

Sono presenti i Signori Dott. Cav. G. Faralli, vicepresidente; Dott. Marcacci, segretario; e gli Accademici Bianchi A., Banti, Mattei, Luciani, Colzi, Tommasi, Boncinelli, Pellizzari G., Vecchietti, Bajardi, Guidi G., Turchini, Giuntoli, Bloch, Crapols, Sacchi, Bottari.

È aperta l'adunanza alle ore 1 pom. Letto il processo verbale della seduta precedente è approvato.

Il Presidente dà la parola al Dott. **S. Bianchi** per la sua comunicazione « *Su di un processo articolare anomalo della 6ª vertebra cervicale.* »

Questi presenta una colonna vertebrale di donna trentenne, che oltre ad esser priva di un suo sègmento nella regione lombare, senza compensazione apparente, offre un'anomalia di forma nella 6ª vertebra cervicale, molto importante. L'anomalia è rappresentata da un grosso processo, in forma di piramide triangolare, il quale originatosi dalla radice anteriore e posteriore e dal braccio osseo che le unisce si porta in basso e un po' all'indietro dell'apofisi trasversa sinistra, sino a raggiungere l'apofisi trasversa della 7ª cervicale e con essa si articola. Non ha rinvenuto nella letteratura anatomica alcun caso che abbia rassomiglianza col suo. Fa notare inoltre che l'atlante e la prominente presentano anomalie di forma nelle loro apofisi trasverse di sinistra, determinate dal fatto di non essersi completamente sviluppate le radici anteriori e perciò rimasti aperti anteriormente i fori vertebro-arteriali.

Esclude l'ipotesi di un processo patologico, per i caratteri molto differenti che da questo presentano, per aver ritrovata l'anomalia in una colonna di giovane donna, per aver riscontrato tutte le altre parti dello scheletro regolarissimamente conformate. Esclude l'ipotesi di una ossificazione del muscolo intertraversario anteriore, al solito per i caratteri negativi del processo in parola, per la grossezza del processo doppia di quella del muscolo, per la direzione del muscolo opposta a quella del processo stesso. Crede si tratti di un'apofisi vertebrale anormemente sviluppata. Ricercando quale di queste apofisi possa rappresentare, fa rilevare: come nella serie animale si trovino esempi di costole cervicali, talvolta libere, tal'altra saldate alle vertebre; come l'embriogenia dimostri che la radice anteriore della vertebra cervicale rappresenti la costola cervicale umana saldata all'apofisi trasversa; come casi

costole cervicali nell'uomo non pochi se ne sieno descritti negli ultimi segmenti di questa regione; come in molti uccelli le costole cervicali abbiano le medesime connessioni e direzioni del processo in esame. Considera poi la formazione di un segmento sacrale umano ed anche nella sua pleurapofisi saldata col processo trasverso, trova perfetta omologia col caso descritto. Manifesta la sua convinzione che il processo anomalo rappresenti l'apofisi costiforme sinistra della 6ª vertebra cervicale abnormemente sviluppata. Dalla omologia fra il processo anomalo ed il modo di formazione di un segmento sacrale crede che sia avvenuto nel suo caso ciò che avviene normalmente nel sacro, e questo fatto designa come sacralizzazione incompleta fra la 6ª e la 7ª cervicale. Tale voce, *sacralizzazione*, fu introdotta dall'Albrecht per intendere la comparsa del processo paracondiloideo sull'osso occipitale. Paragona il suo con il processo paracondiloideo, trova perfetta omologia, e conclude che il concetto dell'Albrecht ha piena conferma nel caso da lui illustrato.

Sul modo di originarsi poi del processo non crede con l'Albrecht che sia dovuto all'ossificazione del muscolo intertraversario anteriore, nè con il Lachi (che recentemente si è occupato di estendere l'idea dell'Albrecht alla interpetrazione dei casi di sinoostosi occipito-atlantoidea, ritenuti finora dagli anatomici come patologici) che sia avvenuta sostituzione del processo al muscolo retto laterale per una ragione che tronca ogni discussione, l'avere Egli, cioè, ritrovato un caso di processo paracondiloideo col muscolo retto laterale ben sviluppato. Conclude che il processo anomalo rappresenta un avviamento alla sacralizzazione fra la 6ª e la 7ª cervicale e che esso è dovuto all'abnorme sviluppo della pleurapofisi; che è omologo al processo paracondiloideo occipitale umano e di molti mammiferi, e che la sua formazione riposa sugli stessi fatti fondamentali della formazione del sacro.

Ha la parola il Prof. **Tafani** per la sua comunicazione sulle « *Prime fasi dello sviluppo dei Mammiferi.* »

Dopo avere con acconcie parole ringraziato i Soci che lo vollero all'onore dell'Ufficio di Presidente, esso entra in materia e più specialmente richiama l'attenzione degli embriologisti sulle seguenti particolarità.

1°. La maturazione delle uova si compie nella tromba. Nell'ovajo non è separato alcun globulo polare altro che per parte di quelle uova che non possono escire dai respettivi follicoli.

2°. I cromosomi del fuso direzionale sono venti primitivamente e tanti rimangono anche dopo la comparsa dei globuli polari.

3°. Le uova del Topo, per regola, formano un sol globulo polare, qualc ›volta però ne emettono due. I globuli polari talora sono piccolissimi e tal a ra sono molto grandi. Si separano dall'uovo per una piastra cellulare.

4°. La fecondazione accade dopo parecchie ore dalla penetrazione di ı) spermatozoo nell'uovo. La copulazione dei prodotti sessuali è compiuta a ›ena che lo spermatozoo è penetrato in un sollevamento a larga base, paı iforme formatosi verso il polo vegetativo.

Terminata anche questa comunicazione il Presidente apre la discussione sulla prima del Dott. S. Bianchi. Nessuno prendendo la parola, è aperta la discussione su quella del Prof. Tafani.

Il Socio Prof. **Luciani** dichiarando di trovare importantissima la comunicazione del Prof. Tafani, è però dolente di non essere in grado oggi d'impegnare una discussione non trovandosi in buone condizioni di salute. Chiede che questa venga differita alla prossima adunanza. La Società approva.

L'ordine del giorno essendo così esaurito l'adunanza pubblica è sciolta.

Il Presidente
Prof. Alessandro Tafani.

Per il Segretario
Dott. G. Banti.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL 2 FEBBRAIO 1889.

Alla Presidenza, il Prof. Alessandro Tafani, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Mattei, Eccher, Boncinelli, Banti, Zannetti, Luciani, Faralli, Tommasi, Baldi, Turchini, A. Bianchi, Crapols, Bloch, S. Bianchi, Pardo, Vecchietti, Kurz, Guido Pellizzari, Sacchi.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente Adunanza, il Prof. **Luciani** prega il Presidente a presentare all'Accademia le fotografie relative alla sua comunicazione sui fenomeni della fecondazione.

Il Prof. **Tafani** dimostra all'Accademia le fotografie predette.

Il Prof. **Luciani** riferendosi a quanto nella sua comunicazione espose il Prof. Tafani, domanda se l'ammettere la necessità nella fecondazione della presenza del nucleo maschile e femminile che si fondono, non potrebbe essere interpetrata come una idea vitalistica.

Il Prof. **Tafani** risponde che egli non ammette nella fecondazione alcun principio vitalistico: crede che in questo atto si tratti di un fenomeno di movimento impresso dallo spermatozoo e che rientri perciò nelle comuni leggi fisiche.

Il Dott. **Prompt** dà lettura della seguente comunicazione « *Delle linee d'irradiazione.*

Si chiama *visione distinta* quella che ha luogo quando ogni punto luminoso esteriore fa sulla retina un' immagine che sia un punto. Noi chiameremo *visione confusa in prossimità* quella in cui il punto luminoso esteriore ha per immagine retinica un circolo di diffusione, mentre i raggi ch'egli emette non si sono ancora incrociati e si riscontrerebbero tutti in un medesimo punto situato dietro la retina se quel diaframma non esistesse. Visione *confusa in lonta-n za* sarà per noi quella in cui il circolo di diffusione è formato da raggi c si sono incrociati e riscontrati tutti in un punto situato nel corpo vitreo, c è immagine reale del punto esteriore. Quanto all'astigmatismo, ne ripar-le mo in fine di questo lavoro; per ora basti osservare che, facendo astra-zi ne di quel vizio del senso visuale, tutti gi occhi sani sono capaci di vi-si ne distinta fra certi limiti, e che i miopi hanno i tre generi di visione;

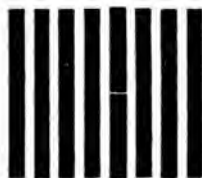
per gli emmetropi e i presbiti non c'è che visione distinta, o visione confusa in prossimità.

Consideriamo un punto luminoso, che formi la sua immagine sulla retina in visione distinta. In mezzo al cono di raggi ch'egli emette verso l'occhio, e che ha per base la superficie della pupilla, immaginiamo che ci sia un punto opaco. Così si taglia uno dei raggi e si dà luogo a qualche diminuzione dell'intensità luminosa dell'immagine retiniana del punto esteriore; non si avrà però nessuna sensazione distinta di quel fenomeno. Ora, noi ammetteremo che il punto luminoso si avvicini all'occhio, e che l'osservatore lo veda in visione confusa. Nel mezzo del circolo di diffusione, mancando un raggio ci sarà un punto d'ombra; se il punto opaco si muove, quell'ombra si muoverà nel medesimo senso, e siccome i movimenti delle immagini retiniane ci danno sempre sensazioni rovesciate, noi vedremo l'ombra muoversi in senso inverso dal punto esteriore che la produce.

Se l'osservatore sarà miope, allontanando il punto luminoso al di là dei limiti della visione distinta, noi avremo ancora le medesime apparenze. È ovvio però che in quel caso l'ombra retiniana si muova in senso inverso del punto opaco esteriore, e perciò noi la vedremo muoversi nel medesimo senso.

Facilissimo sarà il rendersi conto degli effetti che dovranno produrre una o più linee luminose, parallele, e una linea opaca finissima, che si metterà a poca distanza della pupilla, onde far nascere ombre simili a quelle che noi, teoricamente, abbiamo considerate finora per punti matematici.

Onde realizzare quei fenomeni, noi faremo la seguente figura, che si com-

pone d'una serie di linee bianche, e nere verticali. Si prenderà uno spillo e tenendolo per la punta fra l'indice e il pollice, lo si metterà verticalmente il più presso possibile all'occhio; facendolo passare nel campo visuale, e mettendo la figura a tale distanza che l'osservatore la veda in visione confusa, lo spillo farà nascere delle linee d'ombra mobili, i cui movimenti saranno nel medesimo senso dei suoi, se la visione sarà confusa in lontananza, e nel senso contrario se si tratti di visione confusa in prossimità.

L'acromatismo dell'occhio non è perfetto. Ne segue che tagliando a' dei raggi luminosi che formano i circoli di diffusione, nasceranno, in q esperienze, dei colori visibilissimi. Le linee d'ombra mobili saranno az nella visione confusa in prossimità, e gialle nel caso contrario. Quanto spazii neri che limitano le immagini retiniane confuse degli spazii bian

che non si muovono quando lo spillo passa da destra a sinistra, o da sinistra a destra nel campo visuale, essi saranno listati da colori complementari di quelli della oculare mobile, cioè, da giallo quando quelle ombre saranno azzurre, e da azzurro, se la tinta delle ombre sarà gialla.

Quelle linee d'ombre mobili sono quelle che noi chiamiamo *linee d'irradiazione.*

Osservando, invece di linee bianche, punti lucenti, come il buco della carta dello Scheimer, o gli oggetti celesti, che sono tutti veduti confusamente se l'osservatore è miope, si potranno ottenere *immagini di irradiazione*, o *Silhonelles* di qualunque oggetto che passi nel campo visuale. Tale sarà, per esempio, la testa d'uno spillo. Un miope ne vede l'immagine in ciascuna stella, o nel disco della luna, o in quello del sole osservato mediante un vetro annerito.

Le nostre linee d'irradiazione sono un mezzo ottometrico dei più sensibili. In caso di astigmatismo, i punti raccolti e prossimi si otterranno facilmente, facendo girare la figura, e mettendo le linee successivamente in ciascuno dei meridiani dell'occhio.

Quei fenomeni si possono anche utilizzare per osservazioni fotometriche. Due superficie egualmente lucenti non potranno mai far nascere nè linee, nè immagini d'irradiazione; le nostre ombre mobili si vedranno subito, qualora ci sia qualche differenza. Questo metodo d'osservazione darà risultati soddisfacenti in casi nei quali gli altri metodi conosciuti lasciano molto da desiderare, come per esempio, quando si vuole comparare l'intensità luminosa di varii oggetti, che hanno colori differenti.

Ha la parola il Prof. **Luciani** *sullo scambio materiale durante l'inanizione.* Egli mostra come la curva del peso del corpo nel Succi durante il digiuno presentò alcune irregolarità corrispondenti ad altre nel decorso della curva dell'azoto: ambedue dipendono dalle varie cause perturbatrici che agirono nei varii giorni del digiuno. Eliminando tali perturbazioni si vede che l'emissione dell'azoto va diminuendo sempre più lentamente lungo il digiuno. Le differenze osservate in confronto del Cetti, il quale eliminava maggiore quantità di azoto, si spiegano per essere il Succi uomo maturo, grasso e perchè beveva poco. Nei primi giorni il Succi non eliminò, come succede negli animali, maggiore quantità di azoto e ciò dipende dal non avere bevuto affatto e dal narcotico preso che attutì il senso della fame. Perciò il Prof. Luciani non accetta la teoria del Voit sull'albumine circolanti: le albumine per ossidarsi debbono passare a traverso le cellule dei tessuti.

L'eliminazione dello solfo non fu sempre proporzionale al consumo degli albuminoidi, e ciò in grazia del condensamento o della diluzione del sangue ipendente dall'uso più o meno abbondante di bevande. Il condensamento mbra favorire l'espulsione dei solfati.

Quanto al fosforo, la sua emissione rispetto all'azoto era aumentata: oltre le condizioni che sembravano favorire il consumo delle sostanze azote sembravano risparmiare le fosforate e viceversa. Il Prof. Luciani crede ie nel digiuno il tessuto osseo prenda parte al consumo. Egli fa notare che

anche l'attività cerebrale nel Succi non faceva aumentare l'eliminazione del fosforo, anzi piuttosto la diminuiva: forse si potrebbe supporre che nel digiuno il sistema nervoso consumi le sostanze fosforate dagli altri tessuti.

L'acidità dell'orina nel Succi andò elevandosi fino al sesto giorno, poi scemò. Le oscillazioni della curva si spiegano per l'uso fatto di acque alcaline.

Il Succi fece uso di acque contenenti clorури, nondimeno non apparisce alcun stretto rapporto tra l'assunzione e l'eliminazione del cloro. Ciò significa che i tessuti impoveriti lo ritengono e non lo rimettono che più tardi. Dunque il cloruro ed i sali in generale che entrano nell'alimentazione sono veri alimenti perchè si legano chimicamente alle molecole organiche dei tessuti, che sono il focolaio dei movimenti chimico-nutritivi.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Prompt, il **Presidente** lo ringrazia a nome dell'Accademia.

Il Prof. **Luciani** propone che il Dott. Prompt sia nominato Socio Corrispondente Estero.

Il **Presidente** risponde che tale proposta sarà presentata all'Accademia nella prima Adunanza segreta.

Il Prof. **Luciani** insiste perchè la nomina sia fatta subito nella seduta pubblica. La nomina a Socio Corrispondente del Dott. Prompt è approvata.

Sulla comunicazione del Prof. Luciani il Dott. **Banti** domanda come si spieghi, non volendo accettare la teoria del Voit sulle albumine circolanti, il fatto che gli animali nei primi giorni di digiuno emettano più azoto che nei successivi.

Il Prof. **Luciani** risponde che il maggiore consumo di sostanze azotate nei primi giorni dipende dal senso della fame che va poi cessando nei periodi successivi.

L'Adunanza è tolta alle ore 3 pom.

Il Presidente
Prof. A. Tafani.

Il Segretario
Dott. G. Marcacci.

QUARTA ADUNANZA DEL 17 FEBBRAJO 1889.

Alla Presidenza, il Prof. A. TAFANI, *Presidente*.

Vice-Presidenza, Dott. G. FARALLI, *Vice-Presidente*.
Dott. G. MARCACCI, *Segretario degli Atti*.

Sono presenti i Signori Dott. Banti, Dott. Boncinelli, Dott. Tommasi, Prof. Mattei, Dott. Messeri, Dott. Bianchi Stanislao, Dott. Baldi, Dott. Colzi, Dott. Turchini, Prof. Luciani, Dott. Bloch, Dott. Fatichi, Dott. Pardo, Dottor Pellizzari Guido e Dott. Guidi.

È aperta l'adunanza alle ore 1 pom. Letto il processo verbale della seduta precedente è approvato.

Il Dott. **Banti**, segretario delle Corrispondenze, prende la parola per riferire sulle risposte date dai Soci corrispondenti esteri e nazionali ultimamente nominati dei quali alcuni inviarono le notizie biografiche proprie, altri queste con la propria fotografia, ed altri a queste aggiunsero delle memorie a stampa.

Ha la parola il Dott. **Bianchi Stanislao** per riferire « *Su di una rara anomalia arteriosa.* » Esso presenta un preparato di una *arteria crurale bifida* osservata nell'arto inferiore destro di un giovanetto; in quello di sinistra la disposizione era normale. L'arteria femorale fornita di femorale profonda, si divideva in due tronchi che contigui si portavano nel canale degli adduttori; là avveniva la composizione della crurale: il tronco interno era più piccolo dell'esterno; il nervo safeno si ritrovava fra i due rami; la vena femorale era unica. Alcune piccole diramazioni o dall'uno o dall'altro vaso venivano date al sartorio, al vasto interno, al medio adduttore, al retto interno.

L'Autore rammenta i casi ben accettati d'*arteria crurale bifida* del Bell, del Houston, del Tyrel, del Quain, del Tiedemann; l'anomalia si è presentata in questi cinque casi e nel suo con le medesime particolarità. Ricorda che anche l'omerale si è talvolta presentata con la stessa anomala disposizione e che il Giacomini ha distinto questa varietà da quelle aberranti; si associa al Giacomini in questa distinzione e crede che l'*arteria crurale bifida* rappresenta la traccia di quella rete mirabile che si osserva in alcuni animali.

Ricorda come nell'embrione i vasi sanguigni venosi e arteriosi rappresentino un complesso o rete di canali i quali attraversano tutte le parti del

corpo; come questa rete, specie nel sistema arterioso, vada a mano a mano riducendosi, assai ingrossandosi alcuni tronchi, atrofizzandosi e scomparendo altri. La varietà illustrata crede sia dovuta al mantenersi di queste condizioni embrionali e lo convince il fatto delle identiche particolarità che hanno presentato i sei casi fino ad ora noti.

Ha la parola il Dott. **Baldi** sull'argomento: « *Escrezione della creatinina durante il digiuno.* »

Esso dice che vi sono fatti ben constatati e molteplici per cui non si deve più accettare nella scienza l'antica teoria che considera l'acido urico come il prodotto di una ossidazione imperfetta delle sostanze albuminoidi per giungere all'urea; non può dirsi altrettanto per quello che riguarda la formazione della creatinina la quale è ritenuta tuttora da non pochi biologi come un prodotto di scomposizione degli albuminoidi che *precede immediatamente l'urea.*

Allo scopo di chiarire un poco questa quistione controversa ancora nella scienza, egli ha determinato la creatinina nelle orine del Succi durante il suo digiuno di 30 giorni, compiuti in Firenze nell'anno decorso.

Egli dice: se la creatinina che normalmente ritrovasi nelle urine è il prodotto di una ossidazione imperfetta perchè essa è sfuggita, per così dire, ai processi di ossidazione in quanto vi erano molte sostanze albuminoidi da ossidare in un breve spazio di tempo, essa non sfuggirà certamente alla sua ossidazione in un organismo che vive per così lungo tempo a spese dei proprii tessuti, e questa scomparirà dalle orine appena che venga a diminuire l'urea. Se invece la creatinina si formerà nell'organismo indipendentemente dall'urea, essa non solo si manterrà presente nell'orine fino alla fine del digiuno, ma dovrà tenere un certo rapporto col decrescere dell'urea.

Le ricerche intraprese sulle orine del Succi, hanno dato per risultato, che la creatinina si ritrovò costantemente fino alla fine del digiuno; che fino al 17 si emise in quantità ponderabile e che tenne un rapporto costante con la quantità emessa di azoto. Del 17° giorno non si ebbe più quantità ponderabili perchè l'azoto emesso era pochissimo. Mettendo in armonia questo fatto con l'altro trovato dal Meissner e dal Voit che la creatina injettata nelle vene, ripassa tutta nelle orine come creatina o creatinina senza dare un aumento relativo di urea egli ammette anche per la creatinina una *formazione nell'organismo indipendente dell'urea* analogamente all'acido urico.

Il Prof. **Luciani** domanda al Dott. Baldi come spiega che fino al 17° giorno di digiuno si ebbero quantità ponderabili di creatinina mentre in seguito non ne ebbe più che quantità imponderabili pur rimanendo ponderabile la quantità di azoto emessa.

Il Dott. **Baldi** risponde che emettendosi una quantità totale di ... più forte della quantità di creatinina e decrescendo l'una e l'altra in pro zione, era necessario di dover giungere ad un *deficit* di creatina molto pr di giungere al *deficit* dell'azoto, tanto più che nella quantità di azoto to col quale fu messa in rapporto la creatinina, figurava anche l'azoto che parte delle molecole della creatinina stessa.

Il Dott. **Banti** domanda al Dott. Baldi se sappia che esistano esperienze con le quali si determini la quantità di creatina dei muscoli in riposo, in rapporto con quella dei muscoli che hanno lavorato.

Il Dott. **Baldi** risponde non essere a sua cognizione che esistano ricerche in proposito.

Il Dott. **Tommasi** domanda al Dott. Baldi se fosse sicuro che nella determinazione di creatinina questa non potesse in parte rimanere nelle così dette sostanze estrattive dell'orina.

Il Dott. **Baldi** risponde che potrebbe forse dubitarsi di non aver raccolto tutta la creatinina perchè questa in un mezzo *alcalino* prende una molecola di acqua e passa in creatinina; ma egli dice di esser sicuro di aver determinato tutta la creatinina perchè acidificava con SO_4H_2 l'orina che evaporava per le sue determinazioni.

Nessun altro prendendo la parola e l'ordine del giorno essendo esaurito, l'adunanza viene sciolta.

Il Presidente
Prof. A. Tafani.

Il Segretario
Dott. G. Marcacci.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL 24 MARZO 1889.

Alla Presidenza, il Dott. G. Faralli, *Vice-Presidente*.

Sono presenti i signori accademici: Marcacci, Mattei, Bianchi A., Tommasi, Baldi, Colzi, Giuntoli, Guidi, Eccher, Crapols, Luciani, Kurtz, Pellizzari Guido, Vecchietti, Banti, Grazzi e Prompt, accademico corrispondente.

Aperta l'adunanza alle 12 e tre quarti il Presidente invita il Segretario degli Atti, Dott. **G. Marcacci**, a leggere il processo verbale dell'adunanza precedente, che viene approvato senza osservazioni. Quindi il Presidente prega il Prof. G. Del Greco di presentare il suo operato.

Prima di fare spogliare il malato, al quale è stata asportata la scapola, il Prof. **Del Greco** ripete brevemente la storia del caso, che forma il soggetto della sua comunicazione. Si tratta di un giovane apparentemente robusto, che si produsse la frattura dell'omero sinistro, e dopo levato l'apparecchio si trovò che l'osso era ammalato probabilmente per sarcoma. Il Del Greco propose al malato di eseguire la disarticolazione dell'omero, ma il paziente non accettò questo consiglio e lasciò lo Spedale.

Dopo dieci o dodici giorni, essendo aumentate le sue sofferenze, il malato tornò allo Spedale in condizioni molto più gravi essendo notevolmente aumentata la intumescenza dell'osso. Invitato un consulto fu deciso di eseguire la disarticolazione dell'omero, la quale operazione fu praticata il 1° Ottobre del 1888. Ma anche dopo fatta tale operazione le condizioni del malato non migliorarono molto e continuando ad aver dolori alla spalla e sentendosi varie intumescenze in corrispondenza della scapola si comprese che quest'osso era affetto da una malattia eguale a quella dell'omero, e che era necessario eseguirne l'asportazione.

Il Del Greco descrive minutamente il metodo operatorio da lui seguito nel fare la totale asportazione della scapola e fa notare come in questo caso non si produsse una rilevante emorragia, perchè era stata precedentemente eseguita la legatura della succlavia quando fu fatta la disarticolazione dell'omero. Terminata la descrizione dell'atto operatorio, e dopo aver detto che il malato si alzò al sesto giorno ed uscì dallo Spedale quasi perfettamente guarito delle ferite al 12° giorno, presentò il paziente ai Signori Accademic'

Ha quindi la parola il Dott. **Aurelio Bianchi** per trattare della *asettica del vajuolo.*

Nel 1884, egli dice, presentai alla Accademia Medico-Fisica di Fi una raccolta di casi di vajuolo, nei quali avevo sperimentato largament cura asettica della infezione.

A mano a mano che nella pratica privata mi se ne è poi presentata la occasione, ho seguito il metodo da me allora indicato e l'ho trovato sempre rispondente allo scopo.

Verso la fine del decorso anno avendo avuta affidata alla mia direzione la sezione dei vajuolosi dell'Arcispedale di S. M. Nuova in Firenze, ho quivi continuato su più larga scala il metodo stesso, cercando di renderlo più rigoroso e sistematico. I resultati anche questa volta ottenutine, sommati con quelli avuti nei quattro anni decorsi, mi autorizzano a rendere di pubblica ragione il metodo stesso nelle sue principali modalità, dandone una succinta relazione, che ampliata e corredata delle storie cliniche, raccolte con cura dall'assistente Dott. Menzini, e di ricerche batteriologiche, sarà da me pubblicata dipoi.

I.

Nessuno può negare che il primo periodo del vajuolo, allorchè si formano le papule e quando queste cominciano a trasformarsi in pustole, abbia un pericolo di contagio non molto accentuato per gli assistenti e per il malato sia la fuoruscita di un virus che l'ha avvelenato. Invece il periodo della vasta suppurazione delle pustole e della loro consecutiva apertura ed ulcerazione è di pericolo diretto agli assistenti ed agli estranei per il virus vajuoloso che trovasi ad imbrattare i panni dei malati e le mani di chi li assiste, e di danno reale al malato stesso per l'assorbimento della materia icorosa, formata nei focolaj di suppurazione e spesso per le successive formazioni di aree necrosate nei tessuti sottostanti alle pustole primitive. Il terzo periodo infine, quando il decorso del vajuolo non è letale, nel quale si ha la desquamazione e la caduta della croste e delle altre successioni cutanee delle pustole ulcerate, è di grande pericolo non al malato, ma agli assistenti ed agli estranei, potendo il contagio trasportato con i detriti di queste squame essere causa di malattia in siti distanti, sia per mezzo delle correnti atmosferiche, sia per gli oggetti del malato, che vengono a contatto d'individui sani.

Scopo quindi della cura razionale del vajuolo deve esser quello di impedire la mala suppurazione della pustola, col divenire essa sede di cultura dei microrganismi volitanti nell'atmosfera, e di impedire inoltre che i detriti del disseccamento della pustola vadano volitando nell'atmosfera medesima. Il primo fatto tornerà a vantaggio del malato, perchè gli si risparmieranno le lunghe febbri di suppurazione, che lo esauriscono e spesso lo uccidono, nonchè le deformi cicatrici, conseguenza delle ulcerazioni estese per profonità e larghezza, e ad utile degli assistenti, che avranno diminuito il lungo eriodo di pericolo del contagio. Il secondo sarà utile per questi e per gli stranei coll'impedire il trasporto dei germi infettivi.

Io credo di avere raggiunto questo molteplice scopo, e col narrare in sucnto la cura da me adoperata, vi chiamo a giudici della razionalità di essa, vi invito a sperimentarne la utilità.

II.

Considerando il vajuoloso, come un individuo affetto da molteplici soluzioni, di continuo aperte alla infezione dei germi atmosferici e come un veicolo di contagio per gli altri, io credo che una rigorosa cura asettica debba realizzare i migliori resultati per il malato e per gli estranei. Dirò successivamente delle modalità di queste per ciò che concerne la igiene, la profilassi e la cura del vajuolo, la igiene e la profilassi degli assistenti, la profilassi della diffusione esterna del virus.

I. Per ciò che riguarda la *igiene del vajuoloso*, occorre che la stanza dove esso è curato sia piuttosto vasta, da ventilarsi facilmente, ma senza creare brusche variazioni termiche, mantenuta ad una discreta temperatura in inverno (16–18°), sprovvista di mobili superflui e preferibilmente con pareti che siano atte ad essere a brevi intervalli lavate con soluzioni di sublimato all'1 °⁰/₀₀. Il suo letto deve essere poco carico di coperte, non però in modo da fargli subire raffreddamento; le biancherie debbono cambiarsi spesso, avendo cura che siano sempre bene asciugate e riscaldate. Il suo cibo sia leggiero e nutriente: il brodo, il latte, le uova, si preferiscano; le bevande siano acidule, e lievemente eccitanti: il vino sia dato a modica dose dopo l'uso del brodo e delle uova. Le funzioni intestinali siano sorvegliate attentamente, correggendo l'eccesso ed il difetto loro.

La *profilassi* del vajuoloso consiste nell'impedire che la malattia si complichi con fenomeni settici, arrecando al malato suppurazioni lunghe e lunghi periodi febbrili con tutte le loro successioni morbose. Questa profilassi si ricollega intimamente con la *cura dei vajuolosi*, per cui occorre parlare di questa per far capire la possibilità di quella.

La *cura* dei vajuolosi si divide in esterna ed interna, in generale e locale: la cura esterna o locale ha per scopo di affrettare la maturazione della pustola, di impedire la icorizzazione del suo contenuto e le successioni morbose che ne derivano, di rendere facile il disseccamento ed innocua la desquamazione. Ad ottenere ciò io adopro la asepsi più rigorosa possibile nel seguente modo.

Allorquando mi si offre un malato di vajuolo al *periodo iniziale* o papuloso, ho cura prima di tutto di far preparare un letto, il più possibile in condizioni di asetticità, non contentandomi solo di far porre in esso biancheria ben pulita, ma ben anco avvertendo di fare stendere sul piano del letto e sul guanciale, non che sopra il lenzuolo dal lato che ricuopre l'infermo, del velo asettico, il quale mi rende sicura la condizione di asett[icità] dei panni ad immediato contatto col corpo del vajuoloso.

Fatto ciò, prima di collocare in cotesto letto il malato, lo fo lavare [con] una soluzione di sublimato all'1 per 1000 e quindi spalmare, nei punti, [ove] le papule si offrono più copiose, con vaselina iodoformizzata (1 grm. o 2 g

di iodoforme per cento di vaselina) o con acido borico. Nei giorni seguenti continuo le lavande generali con soluzione di sublimato o di acido borico tepido alla mattina e alla sera e le unzioni con vaselina, ripetute quante volte occorre. Dal principio di questa cura, a rendere più facili le operazioni di lavanda e di unzione, tengo il malato senza camicia e involto in uno o più veli asettici. Il porre sulle lenzuola e sul corpo del malato questi veli ha un *duplice vantaggio:* la facilità della rimozione di essi in totalità od in parte, a seconda dei bisogni, per cui non si reca nessun disturbo al vajuoloso nelle diverse cure e la buona asepsi che si compie su tutta la superficie del corpo.

Allorchè la papula si fa pustola, si continua la stessa cura, avvertendo che, se si vedono le pustole molto numerose, molto grosse e molto confluenti, si debbano fare almeno una volta ogni due giorni, delle lavande generali con soluzioni di sublimato all'1 $^{00}/_{00}$ e ripetere, a meno lunghi intervalli, le unzioni con vaselina asettica. Anche allora il malato si tiene involto nei veli asettici e si ha cura che le parti, le quali sono soggette a confricazioni non subiscano molto attrito, ad evitare che le pustole si rompano e diano luogo ad impiagamenti, i quali, sebbene asettici, pure han più lunga durata di quelle e lasciano cicatrici.

Quando infine la papula si acquatta e si dissecca, formando indi le squame, occorre continuare, almeno una volta al giorno, le lavande con acido borico e ogni tanto farne qualcuna con soluzione di sublimato alla solita dose, curando anche di ripetere, almeno due volte al giorno, l'unzione con vaselina asettica ed una volta almeno un bagno tepido.

Con questa cura esterna dell'eruzione vajuolosa io ottengo i seguenti resultati:

1° la maturazione della pustola si fa presto e con minore reazione locale e generale, a causa del continuo induito grassoso che riveste la cute;

2° si impedisce la deposizione su di esse di germi dell'atmosfera, i quali potrebbero trovare nelle mutate condizioni di funzionalità della pelle un terreno atto al loro svolgimento;

3° si impedisce la icorizzazione delle pustole stesse e la successione dei fenomeni morbosi che ne derivano;

4° la ulcerazione della pustola, ancorchè sia avvenuta, per cause traumatiche procede come una piaga completamente asettica;

5° il disseccamento della pustola si fa rapido, precoce e senza gravi fenomeni generali e locali;

6° la desquamazione si compie facilmente e le squame, già rese asettiche, formano un innocuo miscuglio con la vaselina stesa sul corpo.

Ne derivano da queste condizioni locali ottime, le condizioni generali guenti:

1°. Decorso più rapido della malattia, per l'*accorciamento* del periodo i maturazione, per la *soppressione* del periodo di suppurazione icorosa e elle sue conseguenze, per la *rapidità* del disseccamento e della consecutiva esquamazione.

2°. Decorso più mite del ciclo febbrile, che non offre il periodo lungo

ed irregolare della febbre da suppurazione icorosa, ma invece una caduta brusca e rapida al momento del brusco e rapido disseccamento.

3°. Nessuna o appena sensibile traccia di lesione della cute, perchè non essendovi stata suppurazione icorosa e ulcerazioni, non si hanno cicatrici sensibili. Ciò è tanto vero, che se noi lasciamo una piccola area di cute senza curarla nel modo suesposto, vediamo in essa aversi segni indelebili di ciò che nelle aree curate si offre come semplice macchia.

E qui va avvertito che nel periodo della suppurazione semplice del vajuoloso curato asetticamente, occorre di avere la massima cura che il malato non si apra con le sue unghie le pustole del volto, perchè in tal modo rende ivi facile la produzione di una, piccola sì, ma sensibile depressione cutanea. A ciò prevenire, io ho per uso, se i malati sono in delirio, o non atti a cedere ai consigli del medico, di fare involgere le loro mani in molta ovatta asettica, coperta di garza, fissata ai polsi con un laccio non molto stretto, curando però che all'epoca delle medicature periodiche si remuovano questi involucri, per la cura locale. Il naso specialmente è la parte del volto che con maggiore facilità subisce l'azione delle unghie di questi malati.

Allorchè più pustole confluiscono o quando le pustole sono copiosissime e piene di pus di buona natura, ho per uso di farne incidere successivamente le più estese e grosse, per togliere via la sovrabbondanza di secreto di esse e affrettarne il disseccamento. Dopo fattone uscire il contenuto con la incisione per mezzo di un ago sterilizzato con renderlo incandenscente e tuffarlo quindi nella soluzione di sublimato, faccio fare su di esse una lavanda con acido borico e quindi le spolverizzo di iodoforme, involgendo poi la parte in veli asettici.

4°. Rapido e facile disseccamento e desquamazione: abolizione quasi totale del prurito cutaneo, che si osserva in questi periodi, asetticità e impedimento allo spargersi per l'atmosfera delle squame della cute del vajuoloso.

Circa la *cura interna*, essa è da me compiuta, come è di uso, per la malattia in sè e per le sue complicanze. Solo nel periodo iniziale, mi limito a fare anche una antisepsi intestinale con le somministrazioni di calomelanos alle dosi appropriate all'età ed alla costituzione del paziente. Finchè non esistono complicanze viscerali mi limito a dare bevande acidule fredde, latte, un po' di vino, e qualche grammo di bisolfato di chinino e antipirina o antifebbrina nelle 24 ore, somministrandolo nelle epoche di maggiore inalzamento febbrile.

In tal modo ho potuto vedere decorrere la vajoloide in tre o quattro giorni, durando un giorno solo la suppurazione della pustola, e la eruzione vajuolosa, generale e confluentissima disseccarsi ad un limite massimo di 10 o 12 giorni dal sorgere delle prime papule.

Allorquando poi ho dovuto curare dei casi di vajuolosi venuti nella m[illegible] zione con la eruzione allo stadio di suppurazione icorosa e di ulcera[illegible] ho cercato di porli nelle migliori condizioni asettiche possibili, adoper[illegible] generosamente le lavande generali con soluzione di sublimato e di acido [illegible]rico e le unzioni più o meno generali con vaselina asettica. Il resultato [illegible] per lo più è stato assai buono, benchè le erosioni cutanee già stabilite o[illegible]

non fossero più suscettibili di reintegrazione: il resultato finale è stato quello che derivava dalle condizioni viscerali e dalle complicanze del grave stato cutaneo.

II. Circa l'utile della cura asettica, da me sostenuta, per la igiene o la profilassi degli assistenti ai vajuolosi, essa emerge chiaramente dalle su esposte nozioni della cura di questi malati.

Abbiamo veduto come le condizioni che si richiedono per l'ambiente di soggiorno di questi infermi, le cure per la loro pulizia personale, e il diminuito decorso della malattia, con la soppressione della sua fase peggiore, quello della suppurazione icorosa e delle successive complicanze, costituiscano di già un buono substrato di condizioni igieniche per gli assistenti ai vajuolosi.

Se a ciò si aggiunge, che le lavande e le unzioni da quelli fatte a questi sono esse stesse una difesa contro al contagio: che le vaste superfici suppuranti e ulcerate non esistono e se mai sono costituite da semplici impiagamenti di buonissimo aspetto; che le squame, rese del resto innocue con la asepsi rigorosa, sono amalgamate con la vaselina e asportate con le lavande antiseptiche, senza spargersi per l'atmosfera, dobbiamo convenire che la profilassi della infezione è mantenuta così in tutto il suo necessario rigore.

Va solo raccomandato agli assistenti di non mangiare nella camera del malato, di lavarsi le mani con sublimato in soluzione all' 1 per 10000 ogni volta che hanno avuto contatto con la cute del malato o con le sue escrezioni e di non dormire nella stanza stessa del vajuoloso, per le ragioni che la più elementare prudenza ci insegna.

III. E se il pericolo di contagio è diminuito per gli assistenti, lo è a più forte ragione per gli estranei. Difatti non solo i panni dei vajuolosi riescono così asettici, mercè la cura stessa fatta ai malati, ma di più si impedisce la dispersione delle squame per l'atmosfera, essendo queste rese aderenti ai panni degli infermi dall'induito di vaselina ed asettiche dalle sostanze ad essa unite.

III.

Credo da questi brevi cenni preliminari della cura asettica del vajuolo da me sostenuta, di avere data una succinta, ma giusta idea del modo di realizzare questa cura e degli utili resultati che se ne possono trarre.

Gli studii di ricerche batteriologiche a complemento di queste osservazioni saranno un corredo dell'opera: essi però richiedendo molti e ripetuti esperimenti che non possono essere pubblicati, che allorquando siano di una i discutibile sicurezza. Ed ho voluto oggi appunto dar conto di questa cura, s nza aspettare molti mesi ancora, come avrebbe dovuto accadere, se avessi v luto pubblicare insieme i resultati batteriologici.

I resultati terapeutici però mostrandoci la influenza benefica della cura a ettica, d'altronde provata razionalmente e sperimentalmente, sul decorso n sologico, sulle conseguenze personali e sulle condizioni igieniche e pro-

filattiche del vajuolo, basterebbero da soli a richiamare l'attenzione dell'igienista e del pratico su tale studio. Sarebbe perciò compito dell'ufficio centrale di igiene di ajutare queste ricerche, per vedere di stabilire delle norme per la igiene, la profilassi e la cura di una delle malattie più temute, che serpeggia quasi continuamente in Italia e che in certi periodi infierisce in alcune delle sue più popolose provincie e città.

In fine di questa comunicazione il Dott. Bianchi presenta casi clinici e ricerche termoscopiche a conferma delle cose sopra esposte.

Terminata la comunicazione del Dott. Bianchi, il Presidente accorda la parola al Dott. **Prompt,** accademico corrispondente, il quale fornisce ai signori adunati alcuni schiarimenti sulla lettura fatta nella precedente adunanza.

Nessuno domandando la parola sulle comunicazioni fatte dagli Accademici Prof. Del Greco e Dott. Bianchi il Presidente dichiara chiusa la seduta pubblica e prega i Signori Accademici a rimanere in seduta privata.

Il Presidente
Dott. G. Faralli, Vicepresidente

Il Segretario
Dott. V. Grazzi.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DÌ 7 APRILE 1889.

Alla Presidenza, Dott. G. Faralli, *Vice Presidente.*

Sono presenti gli Accademici: Rossi Umberto, Mattei Raffaello, Tommasi Tommaso, Vecchietti Eduardo, Pellizzari Guido, Giarrè Carlo, Prosperi Osio, Banti Guido, Bianchi Stanislao, Bianchi Aurelio, Giuntoli Luigi, Eccher Alberto, Rebaudi-Balestra Arturo, Sacchi Giuseppe.

È aperta l'Adunanza alle ore 1 pom. Letto il processo verbale della seduta precedente è approvato.

Ha la parola il Dott. **Rossi** per dare comunicazione della sua nuova maniera di colorare semplicemente e doppiamente il sistema nervoso centrale.

Fino a quando egli imprese a studiare il sistema nervoso centrale sia per sua propria istruzione, sia in ordine a determinate ricerche, condivise in gran parte l'opinione dei trattatisti d'istologia sul metodo del *Weigert.* — Avverte però che l'Autore l'aveva circondato di molte inutili particolarità tecniche, cosa che lo rendeva estremamente lungo.

Giungere pertanto al medesimo scopo, percorrendo una via più breve e con resultati possibilmente più dimostrativi fu il suo scopo. Ecco in breve il suo procedimento. — I pezzi di midolla spinale o cervello vengono fissati alla temperatura ordinaria o nel termostato a 35° in un liquido così composto: *Acqua stillata* c. c. 100 — *Acido cromico* dai grm. 6,75 ad 1 grm. — *Acetato di rame* grm. 5. il tempo necessario per la fissazione è, per un midollo spinale umano di 6-7 giorni, per un midollo spinale di cane 3-4, per un cervello intero di cane 15-18; per pezzi di cervello varia a seconda della grandezza. — Nel termostato occorre soltanto la metà del tempo.

Compiuto questo primo atto, il tessuto nervoso viene trasportato direttamente nell'alcool (24-41 ore) indi nell'assoluto.

Ottenuto un perfetto indurimento si fa l'inclusione in celloidina e si seziona al microtomo, badando di adoperare sempre l'alcool. Fatte le sezioni, si pongono a colorire in un recipiente che contenga circa 30 c. c. di alcool comune addizionati di 7-8 goccie di una soluzione di ematossilina così fatta: *alcool assoluto* c. c. 26. — ematossilina grm. 1. In capo a due ore le sezioni hanno assunta una tinta molto scura, si tolgono allora ad una ad una e si passano in alcool assoluto acidulato con acido cloridrico puro e nella seguente proporzione: *alcool assoluto* c. c. 100. — *Acido cloridrico* goccie 6-8. — Qui abbandonano parte del colore ed assumono una tinta rossastra; quando notano una differenza piuttosto esatta fra sostanza bianca e grigia si passano

in acqua distillata ove diventano rapidamente bleu ed ove è d'uopo rimangano per circa 20 minuti. — Ben lavati si disidratano si diafanizzano, e si chiudono nel balsamo del Canadà sciolto in cloroformio.

Quando si voglia avere una doppia colorazione, il momento più opportuno per procedere a quest'atto è quando le sezioni devono essere, dall'acqua distillata, trasportate nei varii alcool per essere disidratate.

Non è impiegabile il carminio all'allume poichè esso, contro l'asserzione del Ballestu e del Henneguy colorisce i nuclei, ma decolora completamente le fibre centrali midollate.

Fra le tinte oggi impiegate nella tecnica moderna del microscopio dà migliori risultati il carminio boracico alcoolico (Grenacher). Ecco però come lo adopera: alla comune soluzione aggiunge qualche goccia di acido acetico; per questa aggiunta un po' del colore precipitando, il liquido da limpido che era, diventa torbido; ne filtra una certa quantità e vi mette le sezioni. — In capo ad 8-10 minuti la colorazione è compiuta e perfetta. Lava in acqua distillata, disidrata; diafanizza e chiude in vernice Dammar o in balsamo del Canadà sciolto nel cloroformio.

Nel 1° caso (colorazione semplice) la cellula nervosa presenta il protoplasma ed i suoi prolungamenti di un colore turchino pallido, più chiaro ancora il nucleo, non tanto il nucleolo quanto le granulazioni pigmentarie; le fibre nervose centrali midollate appariscono tinte di un bel turchino ed è visibilissima nelle sue più minute particolarità la fitta rete che vanno a costituire specie nella sostanza grigia della midolla spinale.

Nel 2° caso (colorazione doppia), sopra un fondo rosso scarlatto risultano in turchino le fibre nervose centrali midollari; la cellula ha rosso il protoplasma ed i prolungamenti, bianco il nucleo, neri sempre il nucleolo e le granulazioni pigmentarie.

Tutte queste particolarità, specie degli elementi cellulari, sono così distinte, che non richiedono per essere vedute mezzi particolari di osservazione, fatto, che come ognuno vede, dà al metodo una importanza grandissima non tanto dal lato fisiologico, quanto nei casi in cui si debba ricercare nel sistema nervoso una qualche alterazione.

I vantaggi di questo suo processo sono: brevità maggiore nelle manipolazioni tecniche; resultati assai più dimostrativi, poichè rimangono svelate particolarità del tessuto nervoso, e così nettamente, che nessun altro metodo riesce a fare. — Quanto ha esposto rimane completamente dimostrato dalla preparazione che Egli possiede.

Ha la parola il Dott. **Tommasi** il quale comunica all'Accademia i dati necessarii a seguirsi nella cura dell'*atassia locomotrice progressiva ed alcune altre malattie del sistema nervoso col mezzo della sospensione.* — A [illegible] scopo dice che in seguito alla lettura di varii articoli in alcuni giornali s[illegible]tifici francesi e politici aveva pregato l'illustre Prof. Charcort di fargli [illegible]viare l'apparecchio per la sospensione che descrive minutamente, e pres[illegible] all'Accademia. — A tale scopo segue nella descrizione dell'apparecchi[illegible] norme stesse seguite nel *Progrès médical* del 23 Febbraio (n. 8. 1889[illegible]

Dott. Gilles de la Tourette. Dice infine di avere già sperimentato il suddetto apparecchio per la sospensione in varii casi non tanto di malattie funzionali del sistema nervoso, come la *nevro-astenia* l'*impotenza sessuale;* quanto *nell'atassia locomotrice, nella paralisi agitante* e *nella malattia del Parkinson.*

È aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Rossi.

Il Dott. **Banti** prende la parola per congratularsi con il Dott. Rossi, del bel resultato ottenuto dal di lui metodo di colorazione, che gli apparisce migliore di quanti fino ad ora ne esistevano nella Scienza e anche di quello dello stesso Weigert.

Si apre la discussione sulla comunicazione del Dott. Tommasi.

Prende la parola il Dott. **Carlo Giarrè**, il quale osserva come l'apparecchio di sospensione dello Charcot, non differisce essenzialmente da quello proposto dal Sayre per l'applicazione degli apparecchi chirurgici; avverte di essersi servito di quest'ultimo in un caso ribelle di atassia, unitamente al collega Dott. Billi, e che i risultati di questa pratica sarebbero stati favorevoli, essendoci stata diminuzione notevole nell'intensità dei dolori folgoranti.

Il Dott. **Tommasi** mostra l'apparecchio in attività servendosi di un giovane uomo che non risente alcuno incomodo dalla sospensione durata qualche minuto secondo. — Ringrazia il Dott. Giarrè delle osservazioni fatte in aggiunta alle sue; concorda che l'apparecchio del Sayre agisce nello stesso modo; e riconosce che lo Charcot non fu il primo ad immaginare questo sistema curativo avendolo adoperato prima un Medico Russo.

Nessun'altro prendendo la parola sopra questo argomento, e l'ordine del giorno essendo esaurito, l'adunanza è sciolta.

Il Presidente
Dott. G. Faralli.

Il Segretario
Dott. G. Marcacci.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL 12 MAGGIO 1889.

Alla Presidenza, Dott. G. Faralli, *Vice Presidente*.

Sono presenti i Signori Dott. A. Bianchi, Dott. S. Prosperi, Dott. Guidi, Dott. Vecchietti, Dott. Mattei, Dott. Donzellini, Dott. Bottari, Dott. Giuntoli, Dott. Giorgeri, Dott. Marcacci, Dott. Gelli, Dott. Kurz, e Dott. Grazzi.

La seduta è aperta a ore una pomeridiane. Il **Presidente** invita il Segretario Dott. Marcacci a leggere il processo verbale della precedente seduta che viene approvato senza alcuna osservazione. Prende quindi la parola il Dott. **Guidi** che legge una comunicazione. « A conferma della cura asettica del vaiuolo. » Incomincia col dire che approfitta di avere osservato alcuni vaiuolosi recentemente ammessi nell'Arcispedale di S. M. Nuova nei quali ha praticato la cura asettica di cui tenne parola il Dott. Aurelio Bianchi in altra adunanza. Questa cura consiste in lavande generali con sublimato corrosivo od acido borico alla dose dell'uno per mille del primo medicamento, e del sei per cento del secondo e successiva spalmazione sopra tutta la superficie del corpo con pomata all'uno e mezzo per cento di iodoformio. Egli dice di non tener conto di alcuni casi leggieri o di quelli il cui decorso era già inoltrato al momento dell'ammissione all'Ospedale. Descrive in tutti i suoi particolari quattro casi più gravi di cui due confluenti e due confluentissimi e di questi a forma emorragica, i quali tutti ebbero un decorso normale ed un esito felice. Il Dottor Guidi presenta le curve termometriche di ciascun malato come dimostrazione dell'efficacia della cura asettica, resultando da queste che la temperatura assai elevata nel principio della malattia subito si abbassò dopo le prime lavande e si mantenne vicino al grado normale durante tutto il decorso. Il lettore ricorda le cause che dettero luogo a due bruschi inalzamenti di temperatura (40 gradi) dipendenti da fusione e purulenza di alcuni gruppi di pustole che convenientemente punti e disinfettati, la temperatura discese nuovamente al grado normale. Tranne complicanze dovute alla forma più o meno grave non fu consigliato alcun medicamento fino ad oggi vantato contro il vaiuolo. Avrebbe volentieri presentato all'Accademia uno dei vaiuolosi che è per lasciare l'Ospedale quasi completamente guarito, se non fosse stato trattenuto dal pensiero di poter diffondere il contagio, e lo avrebbe presentato tanto più volentieri in quanto che in questo individuo, sebbene l'eruzione fosse stata confluentissima, non si osservano abrasioni della pelle in nessuna parte del co come spesso si può vedere in queste forme. Il Dott. Guidi termina la sua tura raccomandando ai colleghi di esperimentare questa cura nei casi vaiuolo, sembrando a lui che corrisponda meglio di qualunque altra fin adoperata contro una simile malattia.

Il Presidente dà quindi la parola al Dott. **Aurelio Bianchi** il quale presenta una giovane sposa, a lui inviata dal Dott. Lepori, che offre una anomala posizione del fegato nella metà inferiore dell'addome. Egli racconta la storia dell'ammalata dalla quale resulta che otto anni fa cadde in avanti correndo e rimase per un quarto d'ora tramortita in terra avendo poi difficoltà somma al camminare per gli atroci dolori alla base del torace e al ventre. Subì una grave malattia febbrile, dopo la quale, durata per circa un mese, a mala pena poteva camminare curva avendo sempre forti dolori se voleva portare il tronco eretto. Contemporaneamente la donna si accorse di un aumento nel volume del ventre nella metà destra. In seguito ebbe rare coliche seguite da vomiti e diarrea. Inoltre il corpo solido che si sentiva nel ventre scese sempre più in basso spostandosi da destra verso il lato sinistro. Attualmente la donna è gravida di due mesi e mezzo.

L'esame viscerale mostra:

1°. che un corpo del volume e forma del fegato, si trova nel centro dell'addome in modo che con la sua parte inferiore giunge quasi in fondo al bacino;

2°. che questo corpo si sposta in basso e di basso in alto, da sinistra a destra e viceversa;

3°. che in esso si distingue perfettamente il piccolo dal grosso lobo e che all'unione di questi si sente una irregolarità, la quale si trova pure al margine inferiore di destra;

4°. che la milza è in posizione normale;

5°. che lo stomaco è in alto e dietro al corpo suddetto e con la sua linea cardio-pilorica allungata e quasi verticale;

6°. che il colon si trova rialzato ai lati, e nel mezzo sparisce dietro allo stomaco e al corpo suddetto;

7°. che il rene di sinistra è in posizione normale e contiguo alla milza, mentre quello di destra è un po'obliquo verso l'esterno;

8°. che il cuore, normale, si trova un po' lontano dalla parete, per cui non se ne apprezza il battito circoscritto, ma lievemente diffuso;

9°. che il polmone di sinistra è normale, mentre quello di destra si è espanso di più in basso, dal qual fatto deriva che la linea diaframmatica è obliqua da sinistra a destra e di alto in basso.

Circa la funzionalità il Dott. Bianchi osserva:

1°. che il fegato si sposta nel modo suddetto, ma che la sua funzionalità è integra, avendo le feccie il colore normale;

2°. che lo stomaco funziona bene, e si sposta con le inspirazioni; in esso si sentono debolissimi i toni cardiaci;

3°. che il colon in certi casi di soverchio riempimento ha interrotto il ›rso delle materie fecali per cui reca gravi disturbi colici seguiti da vomiti diarrea;

4°. che i reni funzionano regolarmente: il solo rene di sinistra si sposta .n le inspirazioni forzate;

5°. che il polmone di destra si sposta di 12 mm. alle inspirazioni forte, mentre quello di sinistra si sposta solo di 8 mm.;

6°. che il cuore è regolare di ritmo e senza rumori anormali. Il tracciato cardiografico fu impossibile, quello sfigmografico nulla indica di anormale.

Il Dott. Bianchi da questi fatti conclude:

Che siamo davanti ad un caso di spostamento del fegato con compressione della parte mediana del colon per i vasi che vi passano sopra, e con abnorme estensione del polmone di destra, e questo fatto può esser spiegato da due ipotesi:

1°. che si tratti di uno spostamento congenito del fegato;

2°. che si tratti di uno spostamento del fegato per la caduta, la quale avrebbe lacerato alcuni ligamenti, che con l'andar del tempo si sarebbero viepiù allungati fino a permettere al fegato la sua discesa come è adesso.

Merita di essere notato che non si sono avute aderenze peritoneali e solo trattarsi di lacerazioni e di flogosi localizzate alla superficie di questo organo. È pure importante vedere quale sarà la evoluzione della gravidanza in questo caso, che giustamente il Dott. Bianchi ha creduto importante e degno di essere presentato all'Accademia per la sua rarità e perchè possa dare occasione a discussioni scientifiche.

I signori Accademici sono quindi invitati a visitare la donna che trovasi nella stanza contigua, e fu riconosciuto dai molti che la esaminarono, essere veramente il fegato quel corpo spostabile che si sente nel ventre.

Tornati nella sala delle adunanze il Presidente apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Guidi.

Il Dott. **Grazzi** domanda se l'odore dell'iodoformio adoperato in forma di pomata da spalmare sopra tutto il corpo provocò alcuna molestia nel senso olfattorio, disturbi nervosi d'azione riflessa, anoressia ecc.

Il Dott. **Guidi** dice che l'odore dell' iodoformio adoperato in pomata all' 1 per 100 è pochissimo sentito, tanto più che il corpo del paziente è tenuto involto con adattata biancheria e non produsse negli ammalati alcun disturbo.

Il Dott. **Bianchi** ringrazia il Dott. Guidi di aver subito messo in pratica la cura asettica del vajuolo di cui parlò in una delle precedenti adunanze dell'Accademia, ed egli pure conferma che l'odore dell' iodoformio è benissimo tollerato, e neppure per l' induito con cui si copre la pelle, che ne trattiene l'escrezione, ebbe mai a notare alcun inconveniente, forse perchè la pomata si toglie due o tre volte al giorno per eseguire le lavande antisettiche.

Viene quindi aperta dal Presidente la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Aurelio Bianchi, il quale domanda agli Accademici che visitarono la donna, e specialmente al Prof. Mattei e al Prof. Stanislao Bianchi, quale effetto produsse in loro quel caso interessante.

Il Prof. **Stanislao Bianchi** conferma essere il fegato quel corpo che si sente spostabile nel ventre della donna esaminata e dice che con le cc zioni anatomiche può benissimo spiegarsi la posizione reciproca dei vi nell'addome. Lo stomaco infatti legato per l'estremità pilorica al duoden ai dutti biliari è trascinato in basso dal fegato che si sposta; il polmo destra non trovando ostacolo nel fegato sottostante al diaframma, si è esp

per quanto ha potuto, ed il cuore, per la vena cava inferiore che è stirata dal fegato, si trova spostato e lontano dalla superficie anteriore del torace. Il Prof. Bianchi spiega pure con i dati anatomici perchè il colon trasverso è come infossato nell'addome nella sua parte mediana; dice infine essere il caso rarissimo, e non poter emettere alcuna opinione in proposito delle cause che possono aver prodotto tale spostamento del fegato.

Il Prof. **Mattei** dichiara che il caso presentato dal Dott. A. Bianchi è importante ed oscuro: è raro e quasi unico per quanto è a sua conoscenza. Lo spostamento del fegato è indubitato, ma non saprebbe dire se è l'effetto della caduta fatta dalla donna, oppure se sia congenito. Egli non elimina la prima ipotesi, ma intende difficilmente come per una caduta in avanti possa spostarsi il fegato. Gli stretti vincoli legamentosi e vascolari che obbligano il fegato a mantenere la sua posizione non gli permettono d'intendere il suo spostamento in basso senza una lacerazione dei vasi, quindi la donna dopo la caduta doveva andar soggetta non solo a dolori di ventre ed a peritonite, ma alla morte. È importante, a parer suo, il fatto che ci racconta la donna, che cioè anche prima della caduta aveva il ventre più grosso di quello che si suol vedere nelle persone della sua età, e dai parenti le veniva perfino consigliato di nascondere con la compressione e con le vesti quella grossezza. Pensa quindi il Prof. Mattei che quando la donna cadde, il fegato si trovava già spostato in basso e quindi più esposto ad una percossa, il qual fatto ci spiega i dolori acuti e la peritonite o l'epatite sofferta. Per quale causa il fegato si trovasse in quella posizione, che coll'andar del tempo può anche essere gradatamente aumentata, non sa dire, ma egli, dà più importanza alla prima ipotesi, fatta dal Dott. Bianchi, che alla seconda, cioè che il fegato si trovi spostato non per la caduta fatta dalla donna, ma per condizione congenita.

Il Dott. **Aurelio Bianchi** approva pienamente le spiegazioni anatomiche esposte dal Prof. Stanislao Bianchi e lo ringrazia: ringrazia pure il Prof. Mattei per l'interesse dimostrato nello studiare l'importante caso, ma egli inclina sempre più per la seconda che per la prima ipotesi, perchè è vero che la donna aveva il corpo assai grosso prima della caduta, ma stava benissimo, ed i disturbi addominali, i dolori ecc., si produssero unicamente dopo la grave percossa subita dal ventre. Inoltre egli dà molta importanza a quelle irregolarità che si sentono in corrispondenza del ligamento coronario del fegato che crede stiano appunto a rappresentare i lacerti di quel ligamento rottosi per la caduta. Anche la mobilità attuale del fegato dimostra più uno spostamento per caduta che per condizione congenita. Il Dott. Bianchi accenna anche qualche altra spiegazione in favore della sua ipotesi, la quale conviene non potere dimostrare in modo indubitato e promette di tenere conto delle osservazioni del Prof. Mattei per studiare meglio il caso.

Il Prof. **Mattei** dice che nei casi gravi bisogna dare maggiore importanza alla ipotesi più razionale: nel caso presente una caduta in basso del fegato senza rottura della vena cava, che non può subire distenzione, per lui è inammissibile. Inoltre domanda al Dott. Bianchi, che sembra accordare molta importanza a quegli ingrossamenti che si sentono nella parte superiore del

fegato, considerandoli come residui del ligamento coronario lacerato, come spiega gli ingrossamenti consimili che si sentono in corrispondenza del margine inferiore?

Il Dott. **Bianchi** replica brevemente e promette di tener dietro a questo caso mantenendosi in rapporto col Dott. Lepori, ed a suo tempo ne informerà nuovamente l'Accademia in vista specialmente dell'andamento e dell'esito della gravidanza.

Nessun altro domandando la parola la seduta pubblica è chiusa alle 3 pom.

Il Presidente
Dott. G. Faralli, Vicepresidente

Il Segretario
Dott. V. Grazzi.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA DEL 26 MAGGIO 1889.

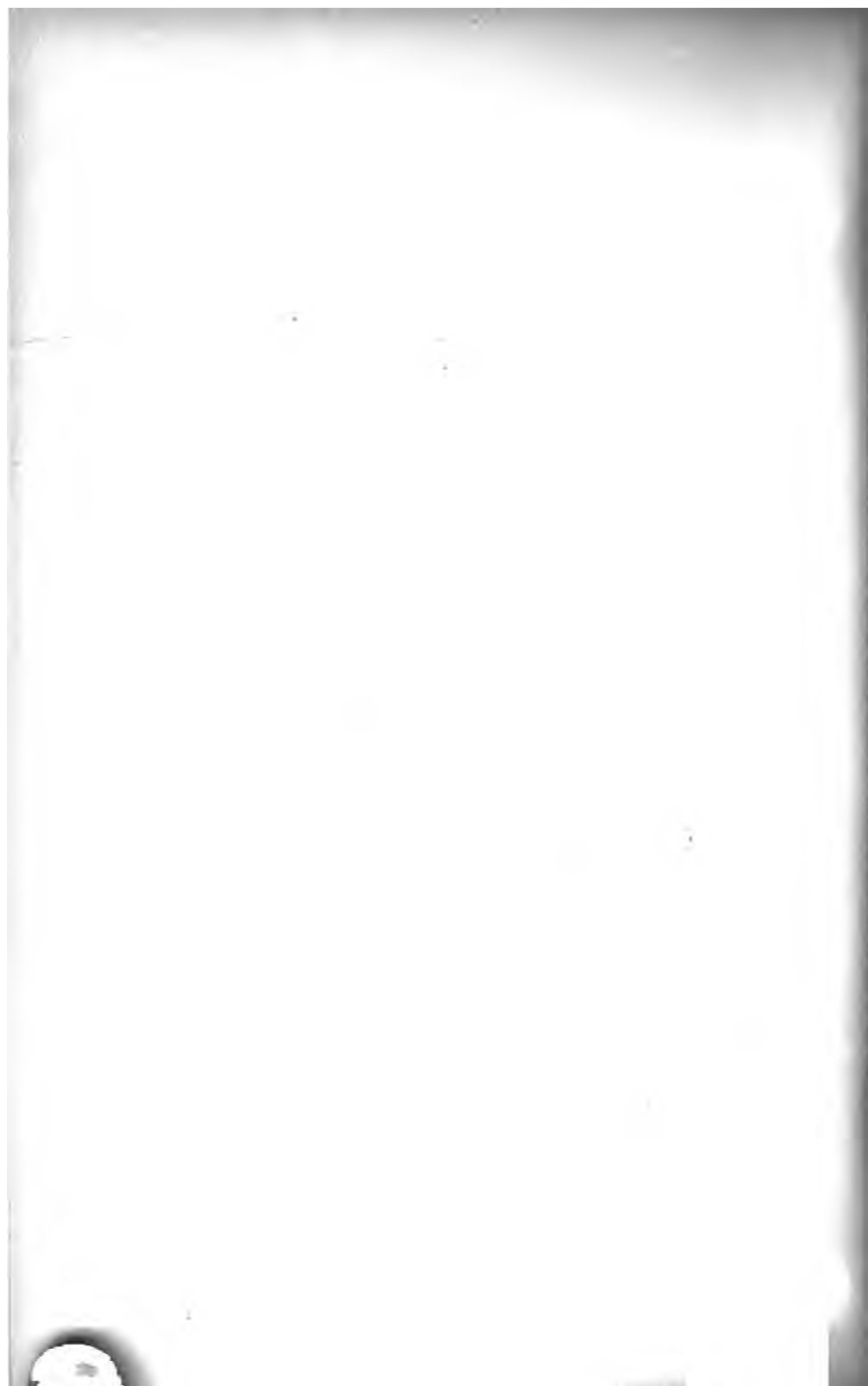
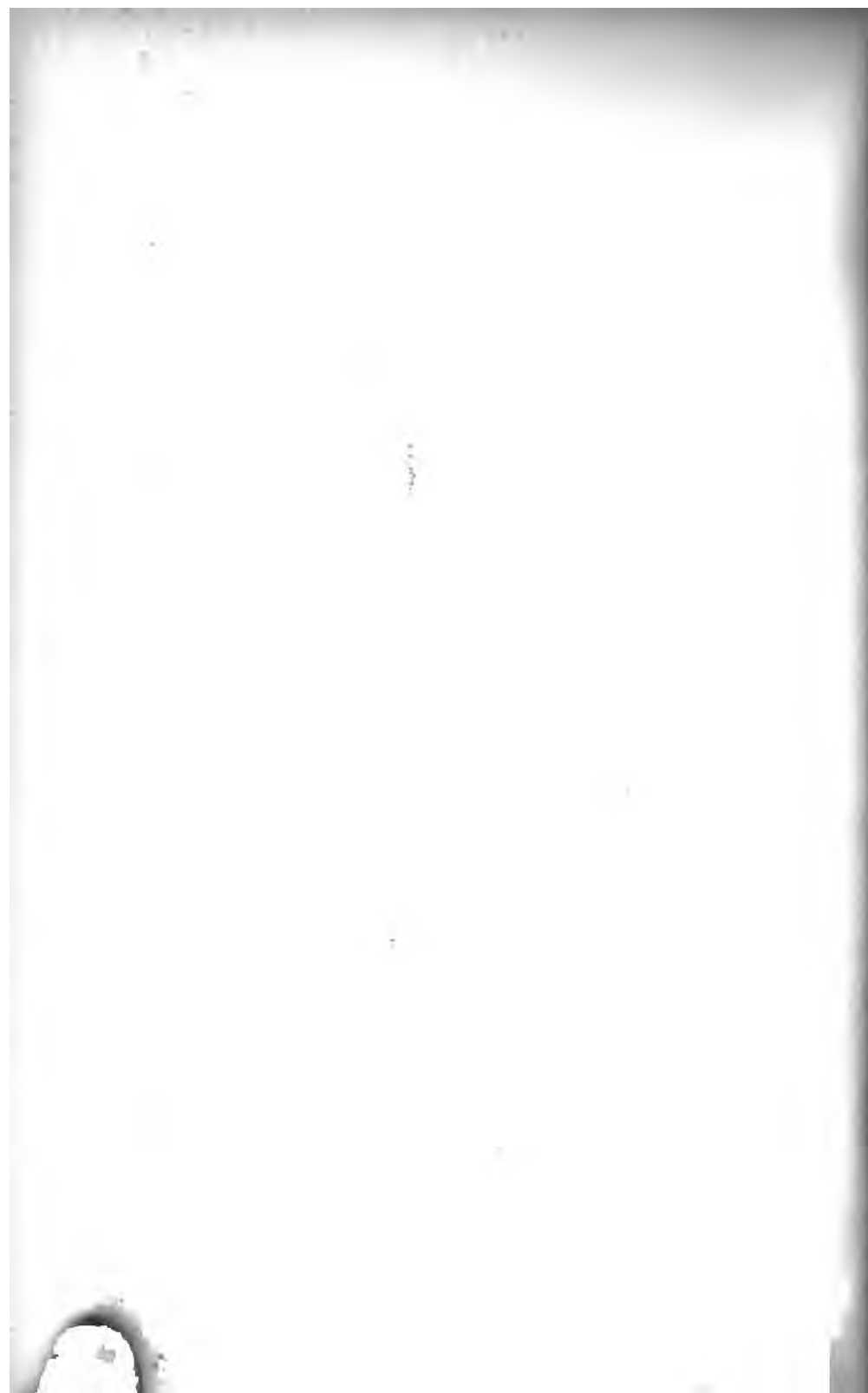
Presiede il Dott. Giovanni Faralli, *Vice-Presidente.*

Sono presenti i signori accademici: Faralli, Banti, Bianchi Aurelio, Prosperi, Donzellini, Sacchi, Guidi, Fatichi, Tommasi, Bianchi Stanislao e Grazzi.

Aperta la seduta dopo il tocco viene letto ed approvato il processo verbale della precedente Adunanza, quindi è fatto notare da qualcuno dei presenti che non essendovi numero legale degli Accademici non si poteva tener seduta.

Il **Presidente** riconoscendo giusta l'osservazione scioglie la seduta pubblica, dichiarando che gli affari che dovevano trattarsi in seduta privata saranno differiti alla prossima Adunanza, nella quale potranno essere discussi qualunque sia per essere il numero degli intervenuti dovendosi considerare come « Adunanza di Seconda Convocazione. »

V. Il Presidente
Dott. G. Faralli, Vicepresidente.

Il Segretario
Dott. Vittorio Grazzi.

ANNO ACCADEMICO 1889-90

CONSIGLIO ACCADEMICO

Tafani Prof. Alessandro	*Presidente*
Faralli Dott. Giovanni	*Vice Presidente*
Coppola Prof. Francesco	»
Grazzi Dott. Vittorio	*Segretarii degli Atti*
Marcacci Dott. Giorgio	
Banti Dott. Guido	*Segretario delle Corrispondenze*
Boncinelli Dott. Guido	*Consigliere*
Mattei Prof. Raffaello	»
Vecchietti Dott. Eduardo	»
Giuntoli Dott. Luigi	»
Crapols Dott. Vincenzo	»
Turchini Dott. Giuseppe	»
Corradi Prof. Giuseppe	»

COMMISSIONE PERMANENTE

Filippi Prof. Angiolo	*Presidente*
Grilli Dott. Pietro	*Consigliere*
Tommasi Dott. Tommaso	»
Nesti Dott. Leopoldo	»
Bargioni Dott. Gustavo	»
Celoni Dott. Pietro	»

Bargioni Dott. Gustavo	*Cassiere*
Zannetti Dott. Raffaello	*Bibliotecario*

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DELL' 8 DICEMBRE 1889.

Presiede il Cav. Dott. Giovanni Faralli, *Vice-Presidente.*

Sono presenti i signori Marcacci, Tommasi, Vecchietti, Luciani, Bajardi, Paoli, Mattei, Banti, Toti, Bianchi Aurelio, Bianchi Stanislao, Giuntoli, Guidi, Sacchi, Kurz, Crapols, Bloc, Pardo, Sonsino (accademico corrispondente), e Grazzi.

Aperta la seduta domanda la parola il Prof. **Luciani** dicendo che è lieto di poter presentare all'Accàdemia una copia del suo lavoro intitolato « Fisiologia del digiuno » che contiene i resultati degli studî fatti nell' anno decorso, i quali studî furono incoraggiati dall'Accademia.

Il Presidente ringrazia il Prof. Luciani a nome dell'Accademia, ed invita il Dott. Aurelio Bianchi ad incominciare la sua comunicazione « Sulla azione benefica delle alte dosi di idrato di cloralio nella cura del tetano traumatico e della rabbia. »

Il Dott. **Aurelio Bianchi** parla sopra l' azione terapeutica dell' idrato di cloralio ad alte e prolungate dosi nel caso di tetano e di idrofobia. — Egli ricorda come questo mezzo di cura sia stato adoperato anche presso di noi molti anni addietro e come il Dott. Grazzi in un caso di rabbia (1874) ed il Dott. Turchini in un caso di tetano abbiano avuto potente beneficio dall' uso di tale medicamento.

Il Dott. Bianchi narra come nel caso di rabbia, ove trattavasi di una donna, la quale già da tre giorni aveva tutti i più gravi fenomeni rabici e non poteva nemmeno deglutire una goccia di liquido, nè tollerare il minimo movimento di atmosfera attorno ad essa, o la visione di qualsiasi oggetto lucido, dopo l' uso di una dose di 10 grammi di cloralio e dopo alcune spennellature alla faringe con idroclorato di Cocaina, la paziente potè non solo inghiottire liquido, ma anche mangiare pane e pollo, potè stare esposta a correnti atmosferiche anche forti senza aver alcun fenomeno reflesso e potè guardare oggetti lucidi e acqua senza ribrezzo alcuno. Pure la malata moriva dopo tre giorni con i fenomeni della rabbia muta. La necroscopia non diè resultato alcuno a causa del tardo rilascio, che fu fatto del cadavere, per cui esso trovavasi in stato di avanzata putrefazione al momento della autopsia. Per la stessa causa furono impossibili le ricerche sperimentali e batteriologiche.

Circa al caso di tetano si trattava di un contadino che aveva avuto un trauma ad un dito del piede sinistro e che otto giorni dopo fu preso da fe-

nomeni tetanici, prevalenti alla faccia, alle braccia e al tronco tutto con l'uso prolungato di 5 grammi di idrato di cloralio al giorno si ebbe da prima diminuzione, poi scomparsa assoluta dei fenomeni in 25 giorni. Constata che anche in questo caso la origine infettiva del tetano era ben manifesta.

Il **Presidente** accorda quindi la parola al Dott. Vittorio Grazzi per svolgere la sua comunicazione « Sull' utilità delle applicazioni galvano-caustiche nella cura di alcune forme di ipertrofia delle tonsille. »

Il **Grazzi** incomincia col dire che la cura ignea dell' ipertrofia delle tonsille è stata messa in onore in questi ultimi tempi, e sebbene sia razionale ed utile pure non è ancora largamente praticata. Egli adopera la galvanocaustica per combattere certe forme di ipertrofia delle tonsille fino dal 1884 avendo in quell' anno, fra gli altri ammalati di cui non ha tenuto nota, curato due Signorine che erano in educazione nel R. Conservatorio delle Mantellate in Firenze. In quell' epoca adoperava l' accumulatore elettrico portatile di Trouvé; oggi per le applicazioni che fa nel suo studio si serve dell' apparecchio di Boecker a quattro grandi elementi, e per le applicazioni a domicilio dei malati usa la pila del Prof. Corradi, costruita dal Bussadori.

Parlando delle indicazioni di questo metodo curativo il Grazzi dice che si devono adoperare le applicazioni galvano-caustiche nei casi di tonsille non molto ipertrofizzate, non facili ad operarsi colla tonsillotomia, nei bambini e nelle persone che in ogni modo si ribellano ad una operazione cruenta.

Le applicazioni galvano-caustiche sono pure indicate nei casi di tonsillite follicolare cronica con leggiera ipertrofia. Le ha pure adoperate quando dopo eseguita la tonsillotomia sia rimasta una porzione di tonsille troppo voluminosa od irregolare. Crede una esagerazione l' espressione di Balme che la galvano-caustica sia il miglior metodo curativo chirurgico della ipertrofia delle tonsille, perchè in certi casi di tonsille enormi, come ne presenta alla Accademia due esemplari, la cura più razionale consiste nella amputazione. Passa quindi a descrivere la manualità operatoria; si loda dell' uso della Cocaina e preferisce le piccole cauterizzazioni che provocano una reazione flogistica troppo intensa, e disgustano e scoraggiano i malati dal persistere nella cura.

Crede si debba preferire il galvano cauterio al termo cauterio del Paquelin, che pure alcuni adoperano in questa cura, perchè il primo può portarsi freddo sulle tonsille, ha un calore raggiante piccolissimo ed è più facile potersi avere dei piccoli cauteri disposti in modo che la mano dell'operatore non impedisca di seguire sempre con l'occhio la punta dell' istrumento.

Il Grazzi termina dicendo di avere fatta questa comunicazione per diffondere la conoscenza e la pratica di questo metodo curativo contro certe forme di ipertrofia delle tonsille, mentre in generale i medici quando non credono necessario l' intervento chirurgico, oppure i malati si oppongono a una operazione cruenta, persistono per mesi e mesi nell'uso delle pennellazioni dei gargarismi astringenti o risolventi senza ottenere un effetto proporziona alla durata della cura ed alle molestie che procurano ai pazienti.

Il Presidente accorda quindi la parola al Dott. Sonsino, accademic corrispondente, il quale nel dar conto del resultato di esami fatti di materi

alvine per riscontrare la presenza di elminti negli intestini parla al tempo stesso della importanza dell'esame degli escreti in generale per la diagnosi e conveniente cura delle malattie da entozoi.

Nel prendere il turno estivo, quest'anno, allo Spedale di Pisa, incominciò di nuovo questi esami. Sopra un totale di circa 60 persone trovò uova od embrioni di elminti in 40. In 20 trovò le uova di anchilostomi, e di queste 20 persone, 12 erano lavoranti la parte plastica dei mattoni, ed altri 5 attendevano pure ai lavori di terra; mentre dei 20 in cui non trovò uova di anchilostomi soltanto 2 erano mattonai e 5 altri lavoranti di terra. Gli esami furono fatti in individui che presentarono segni più o meno pronunziati di anemia, o che soffrivano di disturbi intestinali. Gli altri vermi riconosciuti per la presenza di uova o di embrioni nelle materie alvine furono il tricocefalo, il lombricoide, l'ossiuro, la tenia nana e l'anguillula intestinale. Il tricocefaio fu ritrovato in 19 sopra il totale di 40 individui, che offrivano vermi, il lombricoide 17 volte, l'ossiuro 4 volte, la tenia nana 2 volte, l'anguillula 2 volte senza anchilostoma.

Il Dott. **Sonsino** riferisce alcune particolarità sulle uova di anchilostoma e di tenia nana per distinguerle dagli altri elminti. Accenna come la diagnosi di altri elminti si faccia piuttosto con la semplice ispezione delle feci. Infine enumera i diversi asserti che possono fornire con l'esame dati diagnostici per riconoscere la presenza di elminti e sono oltre le *materie alvine* le *materie del vomito*, *le lacrime*, il *mucco nasale*, gli *escreati polmonari* le *orine*, il *mucco vaginale* e anche lo *sperma.*

Conclude che l'esame microscopico e macroscopico degli escreti non deve mai trascurarsi dai pratici oculati e coscienziosi nella ricerca della esistenza dei vermi.

Il **Presidente** apre la discussione sulla comunicazione del Dott. Aurelio Bianchi.

Il Dott. Sonsino crede che il cloralio fosse adoperato dal suo scopritore nella cura del tetano, era quindi razionale il supporre che ben presto quel medicamento dovesse pure esperimentarsi contro la rabbia, che ha nella sintomatologia molti punti di contatto con la prima affezione. Egli domanda al Dott. Bianchi, se conosce qualche caso di guarigione della rabbia curata col cloralio.

Il Dott. **Banti** dice che il cloralio fu adoperato con molto vantaggio contro l'intossicazione prodotta da una pianta, di cui non ricorda esattamente il nome, che procura dei fenomeni morbosi simili all'idrofobia. Incoraggiati da questi fatti, specialmente i Francesi, usarono il cloralio contro la rabbia, ma i resultati non corrisposero all'aspettazione. Riguardo al tetano egli in un caso amministrò fino a 10 e 12 grm. al giorno di quel medicamento senza ottenere nessun effetto favorevole, e dice questo non per mettere in dubbio i resultati ottenuti da altri, anzi questi fatti hanno a parer suo un'importanza degna di studio perchè potrebbero essere in rapporto con la etiologia del tetano, il quale forse potrebbe attribuirsi a bacilli di specie diversa. Quindi il cloralio potrebbe spiegare un'azione favorevole in certi casi e riuscire perfettamente inutile in altri.

Il Prof. **Bajardi** ricorda un caso di rabbia nel quale sa che furono adoperati varii rimedi cioè il cloroformio per inalazioni, la morfina ed il cloralio ed il malato guarì dopo circa 12 giorni di cura; sembra quindi che qualche esempio della guarigione di questa malattia si trovi registrato nella letteratura medica, ma rimane sempre il dubbio se trattavasi di vera idrofobia.

Il Dott. **Bianchi**, rispondendo al Dott. Sonsino, dice che non conosce casi di rabbia guariti col cloralio, ma molti hanno ottenuto con questo rimedio un grande miglioramento nei fenomeni morbosi della malattia, come nel caso descritto dal Grazzi, che esperimentò l'azione del cloralio ad alte dosi in una donna curata in S. M. Nuova nel 1874. Riguardo al malato di tetano di cui ha parlato il Dott. Banti si può supporre che il paziente esercitando l'agricoltura avesse toccato della terra contenente germi tetanigeni. Il Dott. Bianchi è d'accordo col Dott. Banti nella spiegazione dal medesimo data sull'azione ora favorevole, ora indifferente del cloralio nella cura del tetano.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Grazzi il Dott. **Toti** desidera di parlare per spezzare una lancia in favore del termo-cauterio del Paquelin che egli ha adoperato con vantaggio nella cura dell'ipertrofia delle tonsille e non ha a parer suo tutti gli inconvenienti accennati dal Grazzi. Il termo-cauterio avrebbe il vantaggio di compiere la cura in un tempo minore del galvano-cauterio, ed ora si trovano in commercio piccoli termo-cauteri che possono essere indicati per questa cura.

Il **Grazzi** replica brevemente ripetendo le ragioni per le quali nella cura di cui si tratta crede il metodo galvano-caustico superiore all'altro, ed il produrre grandi cauterizzazioni sulle tonsille per distruggerle sollecitamente costituisce piuttosto un difetto che un pregio di questo metodo curativo e ne indica le ragioni.

Il Prof. **Bajardi** crede che il galvano-cauterio ed il termo-cauterio possano adoperarsi per soddisfare alle medesime indicazioni, ma trattandosi di portare un cauterio nel fondo della bocca, specialmente nei bambini, è di parere che i pregi del galvano-cauterio siano molto superiori a quelli del termo-cauterio, non fosse altro perchè il galvano-cauterio può spegnersi immediatamente se il malato compie un movimento imprevisto.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Sonsino e nessuno domandando la parola sulla medesima il Presidente chiude l'adunanza pubblica ed invita i signori Accademici a rimanere per trattare gli affari che sono all'ordine del giorno per la seduta privata.

V°. Il Presidente
Dott. G. Faralli, Vicepresidente.

Il Segretario
Dott. Vittorio Grazzi.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL 22 DICEMBRE 1889.

Presiede il Dott. GIOVANNI FARALLI, *Vice-Presidente.*

Sono presenti i signori accademici Tommasi, Banti, Guidi, Toti, Mattei, Bajardi, Giarrè, Rossi, Bianchi Stanislao, Eccher, Sacchi, Grazzi.

Aperta l'adunanza viene letto ed approvato senza osservazioni il processo verbale della passata seduta, quindi il Presidente accorda la parola al Dott. Germano Guidi per svolgere la sua comunicazione « Intorno all'allattamento artificiale; perfezionamento del metodo; presentazione di un poppatojo da adottarsi per l'uso del latte sterilizzato. »

L'Oratore espone le norme da seguirsi per l'allattamento artificiale, tenendo molto conto di quanto si riferisce al bambino, alla qualità e quantità del latte, alla salute dell'animale lattifero, all'igiene dell'uno e dell'altro: e passate in rapida rivista tutte le norme da seguirsi scrupolosamente onde l'allattamento artificiale dia buoni risultati, insiste, in modo speciale, sulle norme da osservarsi nella distribuzione del latte, raccomandando la somministrazione di questo ogni due ore nel primo mese di età; ogni tre ore nel secondo mese, ed ogni quattro ore nei mesi successivi, avendo potuto stabilire col metodo della percussione ascoltata, e con le lavande gastriche che le somministrazioni fatte più frequentemente danno luogo a disturbi gastro intestinali, per i residui di latte contenuti tuttora nello stomaco. Ciò esposto, prendendo come tipo più perfetto, per l'allattamento, il latte sterilizzato alla Soxhlet, ritiene doversi proporre un apparecchio che permetta al bambino di poter poppare, utilizzando il meccanismo naturale col quale poppa dal capezzolo muliebre, e che mantenga le buone qualità del latte.

Presenta, a tale scopo, un poppatojo d'argento composto di un lungo tubo che va a pescare nel fondo della bottiglia Soxhlet alla cui estremità esterna è unito il capezzolo di gomma: mentre un altro tubetto che fa corpo con questo, permette all'aria di penetrare nella bottiglia dopo aver traversato uno strato di cotone idrofilo.

Con questo poppatojo il bambino eseguisce facilmente la suzione senza urbare il meccanismo fisiologico, ed in pochi istanti sugge tutto il latte della ottiglia.

Il Dott. **Guidi** condanna poi il grosso ditale di gomma che usasi comuemente, per la doppia ragione che con questo si turba affatto il meccanimo della suzione, il bambino poppa con fatica, rigetta molto latte; ed inuina di saliva, di detriti epiteliali e di spore il latte che, con tanta cura,

era stato reso asettico col processo della sterilizzazione, ciò che non può certamente aumentare le buone qualità del latte.

Il prezzo mite dello strumento, la facile detersione col calore, ed il facile uso, fa sperare che venga adottato dai colleghi, e che dia buoni risultati.

L'Autore non possiede per ora statistica per mostrarne gli effetti, ma sarà sua cura di parteciparli all'Accademia appena eseguito un certo numero di allattamenti con questo istrumento e con le cautele accennate.

Terminata la comunicazione del Dott. Guidi ha la parola il Dott. Umberto Rossi per svolgere il tema: « Sulla maniera di comportarsi degli spermatozoi negli organi genitali femminili del *mus musculus.* »

Il Dott. **Rossi** dice, che mentre molti istologi hanno portata la loro attenzione ed il loro studio sulla spermatogenesi, nessuno, per quanto fino ad ora risulta, a meno che non rappresenti una lacuna nelle sue ricerche bibliografiche compatibile del resto con la esistenza di un numero straordinario di giornali scientifici che rendono oltremodo difficile e faticoso il lavoro, si è occupato di vedere la maniera di disposizione degli spermatozoi negli organi genitali interni femminili. Il problema si presenta naturalissimo quando si pensi che di regola per opera di un solo spermatozoo si compie l'atto della fecondazione, come appunto comunicava a questa stessa Accademia l'anno passato, il Prof. Tafani, che in un numero considerevolissimo di uova esaminate potè vedere soltanto due casi di polispermia. Scelse anche il Dott. **Rossi** per le osservazioni il « *mus musculus* » sia per la facilità e frequenza con cui si accoppiano tra loro maschi e femmine, sia per la presenza del tappo vaginale che ci rende accorti dell'avvenuto accoppiamento, sia per la piccolezza dell'apparecchio uterino che si presta a meraviglia tanto per preparazioni a fresco quanto per essere sezionato dopo l'azione di convenienti reattivi.

Metodi Tecnici. — 1° Liquido del Hemming (soluzione forte) — lavaggio all'acqua corrente — alcool a diversi gradi di concentrazione — sezioni al microtomo — colorazione alla safronina. — 2° Colorazione del contenuto uterino con una miscela di acido osmico (1 per cento) ed una soluzione molto allungata di verde di metile. — 3° Preparati per dilacerazione.

Risultati. — Diversi nelle diverse ore dell'accoppiamento riconosciuto. Macroscopicamente nelle prime ore l'utero è più o meno fortemente disteso, di un color bianco perlaceo; queste particolarità di colorito e di volume vanno a mano a mano dissipandosi più ci si allontana dal momento in cui venne riconosciuto l'accoppiamento. Microscopicamente nelle prime ore si vedono un gran numero di spermatozoi, qualche rara cellula linfoide ed una sostanza che sembra analoga a quella costituente il tappo vaginale. Procedendo oltre ed in un periodo che varia dalle 2 alle 5 ore è dato osservare una quantità rilevante di cellule che presentano per tutti i loro caratteri analogie molto spic[illegible] con le cellule bianche. Queste cellule contengono una ed anche due teste spermatozoi le quali occupano per lo più in lunghezza un intiero diam[illegible] della cellula. In tali casi il filamento caudale non è più visibile e le m[illegible]ficazioni che si riscontrano nella testa sono leggerissime in modo da s[illegible]gire completamente o quasi anche alla più accurata osservazione. Esamin[illegible]

oltre, di ora in ora l'utero ed il suo contenuto, si vedono gli spermatozoi a mano a mano scomparire e con essi diminuire la quantità delle summenzionate cellule, finchè circa 16 a 18 ore dopo dell'accoppiamento, di essi non se ne ha quasi più la benchè minima traccia e resta soltanto un numero limitato di cellule ripiene di granulazioni cromatiche fortemente tinte dalla safronina. Praticando lievi o forti soluzioni di continuità dell'epitelio uterino, il Dott. Rossi riscontrò sempre nelle preparazioni: la costanza dei fatti osservati, le deduzioni tratte dal fatto che il tappo vaginale resta nel luogo per 24 ore ed impedisce alla benchè minima quantità di liquido spermatico di refluire dall'utero, i resultati avuti dalle esperienze consistenti nell'inoculare nel peritoneo di topi e cavie sospensioni di spermatozoi in cloruro sodico al 0,50 per cento, l'osservazione di casi particolari di uteri di femmine accoppiate poco dopo il parto lo resero convinto che la maggior parte degli spermatozoi sparivano per opera di un processo di fagocitismo operato dalle cellule bianche. Queste cellule bianche esistono infatti normalmente nel tessuto sottomucoso uterino, aumentano con l'irritazione portata dal liquido spermatico che ne distende le pareti in modo considerevole, emigrano molto probabilmente dai punti in cui manca l'epitelio e seguono la stessa via per ritornare nello interno dei tessuti. Osservò anche forme particolari e diverse che stettero ad indicare un processo autoregressivo degli spermatozoi analogo in parte a quello che il Wiedersperg descrisse per gli spermatozoi del tritone. Il Dottore Rossi conclude:

1°. La disparizione degli spermatozoi negli organi genitali interni femminili del « *Mus Musculus* » si opera in un tempo che varia dalle 16 alle 18 ore dopo l'accoppiamento riconosciuto.

2°. Questa disparizione ha luogo per la più gran parte a causa di un processo di vero e proprio fagocitismo.

3°. Questo processo di fagocitismo è dato dalle cellule linfoidi che normalmente si trovano nello spessore delle pareti uterine, da quelle che vi si aggiungono per l'irritazione prodotta dal liquido spermatico che in modo considerevole le distende, e da quelle (casi di pregressa gravidanza) che a guisa di accumuli si trovano qua e là nel tessuto stesso dell'utero.

4°. Queste cellule emigrano principalmente là dove l'epitelio è mancante e seguono molto probabilmente la medesima via per rientrare nei tessuti.

5°. La disparizione degli spermatozoi si opera anche per un processo che egli chiama « autoregressivo » e che può bene rassomigliarsi in parte a quello che il Wiedersperg descrisse per gli spermatozoi del tritone.

6°. Resta pure dimostrato da queste ricerche come le cellule bianche capaci di introdurre nel proprio protoplasma granuli minerali, residui di corpuscoli rossi, corpuscoli rossi intieri, bacterii ecc., sono altresì capaci di appropriarsi una o due teste di spermatozoi. Non paia strano questo fatto che opera al di fuori della ordinaria sede di esse pensando come nella cavità terina dopo l'accoppiamento, si hanno condizioni tali da permettere non solo a vita, ma anche di estrinsecare la propria azione ai leucociti emigrati dai essuti vicini.

Ai Professori O. Hertwig e W. Waldeser presenta le sue piu sentite grazie per avere avuto la gentilezza di esaminare le preparazioni, e controllarne i resultati: esse si trovano in Laboratorio per tutti coloro che volessero verificare l'esattezza dei fatti osservati.

Aperta la discussione sulla prima comunicazione domanda la parola il Dott. **Giarrè**, il quale dice che il metodo di allattamento proposto dal Dottor Guidi è una modificazione del sistema del Soxhlet, che egli stesso propugnò fino dal 1888; si congratula col Dott. Guidi per il suo ingegnoso poppatojo, che gli sembra debba facilitare la suzione del latte. Il Dott. Giarrè rileva però che tale poppatojo ha un grande inconveniente, e questo consiste nel prezzo relativamente caro e nella difficoltà che offre per la nettezza e per la disinfezione. Aggiunge che di fronte a tali inconvenienti, a parer suo notevoli, perchè tutti i più illustri pediatri raccomandano la massima semplicità nel poppatojo, gli sembrava discutibile se conveniva di sostituire al poppatojo di cui è provvista la boccetta del Soxhlet quello proposto dal Dottor Guidi.

Il Dott. Giarrè fa inoltre rilevare che lo scopo che si propone il Guidi di dare cioè ai bambini un latte privo di microrganismi, e specialmente di quelli dell'aria e della bocca, non si raggiunge col suo sistema, perchè naturalmente nel togliere il tappo alla bottiglia vi penetra sempre un po' d'aria e il latte passando attraverso le vie più alte del tubo gastroenterico si carica in ogni modo di microrganismi prima di giungere nello stomaco. Quello che importa di ottenere nell'allattamento artificiale è la sterilizzazione completa del latte e di mantenerlo sterilizzato fino all'epoca in cui deve servire al bambino, impedendo così quelle ulteriori modificazioni chimiche che avvengono nel latte lasciato scoperto all'aria libera, e che si riconoscono nocive alla salute dei lattanti. Questo scopo si raggiunge completamente col semplice sistema del Soxhlet, adottato in Austria e in Germania, ma nessuno può pretendere di portare fino nello stomaco un latte privo di microrganismi.

Il Dott. **Guidi** replica dicendo essere d'accordo col Dott. Giarrè nel ritenere come uno dei migliori metodi di allattamento artificiale quello del Soxhlet, ma fa notare che col suo poppatojo il latte non ha contatto con l'aria di tutta la bocca, come avviene adoperando altri poppatoj con i quali i bambini mandano il latte a contatto di tutta la superficie della mucosa orale, e masticano per così dire il latte spingendone una parte nello stomaco ed una parte nella bottiglia. Col suo poppatojo invece il bambino succhia il latte in una maniera continua vuotando tutta la boccetta in pochi minuti e senza staccare la bocca dalla medesima. Ammette che i poppatoj di gomma a forma di capezzolo, e che possono rovesciarsi, si puliscono meglio e costano meno del suo, ma anche il suo essendo metallico può pulirsi alla fiamma ad alcool o bagnandolo nell'acqua bollente e siccome dura per molto tempo forse per tutto l'allattamento, la spesa dell'acquisto si fa una sola volta mentre quelli di gomma si rompono facilmente e devono essere spesso cambiati.

Il Dott. **Giarrè** domanda nuovamente la parola per dichiarare che non ritiene dannosa l'aria che entra in bocca e nello stomaco insieme col la

perchè non ha il tempo di produrre nel latte medesimo importanti alterazioni chimiche.

Aperta quindi la discussione sulla comunicazione del Dott. Rossi e nessuno domandando la parola il Presidente dichiara chiusa la seduta pubblica pregando i signori accademici a rimanere per la seduta privata.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Vittorio Grazzi.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL 26 GENNAJO 1890.

Presiede il Prof. Luigi Luciani, *Presidente*

Sono presenti i signori accademici Mattei, Bianchi A., Eccher, Turchini, Crapols, Baldi, Coppola, Bianchi S., Bargioni, Bottari, Marcacci e Grazzi.

Letto ed approvato senza osservazioni il processo verbale della passata adunanza, il Presidente accorda la parola al Prof. **Raffaello Mattei** per svolgere la sua comunicazione intitolata « Sulle cagioni dei solchi diaframmatici del fegato. »

L'oratore comincia col dire essere noto che la faccia convessa del fegato presenta non raramente dei solchi, e che questi solchi si dividono in due categorie, fondate principalmente sulla loro sede e sulle loro cagioni. Descrive quindi le apparenze di questi solchi e venendo a parlare delle cause dei medesimi dice ammettersi oggi che quelli della parte discendente del lobo destro siano effetto della pressione esercitata dalle coste sul lobo medesimo per compressione delle cinture, mentre per quelli esistenti alla sommità del lobo vi è grande divergenza di opinioni in quanto alla causa. Prima però di entrare in tale questione il Prof. Mattei espone alcune notizie relative ai solchi stessi, cioè perchè chiama solchi diaframmatici quelli della faccia superiore convessa del fegato, alla frequenza dei solchi medesimi nei cadaveri che egli ha sezionato, ed altri fatti riguardanti il sesso ed il numero dei solchi nello stesso cadavere. Riferisce quindi l'opinione di varii anatomici intorno alle cagioni dei solchi diaframmatici del fegato resultando che essi si trovano concordi in un punto, cioè nel considerarli come effetto di una pressione esercitata su quest'organo; la loro divergenza è soltanto relativa alla cagione di questa pressione. Secondo alcuni anche i solchi diaframmatici, come quelli della faccia convessa del fegato, sarebbero l'effetto della compressione delle vesti, secondo altri la loro cagione dovrebbe attribuirsi ad un'azione straordinaria dei muscoli addominali, e secondo altri alle contrazioni delle digitazioni diaframmatiche fatte ipertrofiche. Il solo Tigri è di opinione che i solchi diaframmatici non si formino per compressione, ed il Prof. Mattei è pure di questo parere e ne dice diffusamente le ragioni, però mentre il Tigri è quegli che più si accosta al vero, inquantochè lo riguarda come effetto di condizioni anormali della vita intrauterina, ha ancora il torto di generalizzare un fatto che una più attenta osservazione gli avrebbe mostrato essere puramente accidentale.

Il Prof. Mattei dopo avere riferite le ipotesi emesse per spiegare la formazione dei solchi diaframmatici del fegato, dimostra che nessuna di esse trova l'appoggio nei fatti, quindi studiando e confrontando diligentemente la sommità solcata del fegato con la corrispondente superficie diaframmatica ha trovato che esiste fra le due superficii un'attinenza di causalità. Nel seguito della sua comunicazione studia se la causa dei solchi debba essere dal lato della superficie del fegato o da quella del diaframma e nota giustamente come il fegato risenta al pari di tutti i visceri addominali gli effetti di una continua pressione; ora si comprende che la pressione esercitata sopra questo viscere a causa della respirazione sarà maggiore nei punti corrispondenti ai fasci muscolari sottili del diaframma e minore nei punti nei quali questi fasci sono più grossi e resistenti, quindi, secondo l'opinione del Prof. Mattei, la cagione dei solchi epatici della faccia superiore è da attribuirsi allo stato del diaframma, e termina adducendo anche altri fatti per dimostrare l'esattezza della sua ipotesi.

Il Presidente accorda quindi la parola al Dott. **Aurelio Bianchi** il quale svolge la sua comunicazione « *Sul valore patologico e sulle indicazioni igieniche e curative della cosidetta influenza.* » Egli avendo avuto affidata la sezione dove si accoglievano tali malati nell'Arcispedale di S. M. Nuova ebbe l'opportunità di osservare molte persone affette da influenza. Il Dott. Bianchi contrariamente all'opinione emessa da alcuni, crede che in questa malattia non manchino i prodromi, ossia il periodo d'incubazione della medesima e lo descrive diligentemente. Passa quindi a parlare del periodo di inizio fino all'insorgere della febbre che sale ben presto ai 40°; dopo descrive il periodo di stato che presenta una variabilità straordinaria. Qualche volta dopo questo periodo la temperatura cede e la malattia gradatamente decresce, ma per lo più insorgono invece fenomeni morbosi diversi i quali danno alla malattia il suo corso tipico. Parla quindi diffusamente di questi fenomeni che indicano a quale forma morbosa la malattia stessa deve riportarsi e prima di tutto descrive la bronchite acuta concomitante, quindi la bronco-alveolite, la bronco-polmonite e la pleuro-polmonite.

Descrive in seguito le flogosi acute delle vie nasali, delle fauci, delle tonsille e della laringe, mentre in altri casi non si osservano fenomeni morbosi delle vie respiratorie ma di quelle digerenti, ed il Dott. Bianchi si trattiene a parlare dei medesimi mostrando in che consistano e quali siano i visceri che più spesso si ammalano. In questo periodo di stato sono pure frequenti le nevralgie, specialmente se il malato ne ha per l'avanti sofferto.

Il Dott. Bianchi si trattiene a parlare del periodo di decremento, della convalescenza e degli esiti possibili della malattia, descrivendo pure varii cas[illegible] clinici che egli ha studiato sotto ogni rapporto.

Da quanto è venuto a mano a mano esponendo egli si crede autorizzato a [illegible]durre che la malattia non è altro che una forma infettiva, la quale secon[illegible]lo il terreno in cui si svolge presenta i caratteri particolari descritti. Per co[illegible]validare questa sua opinione riferisce pure altre ragioni riguardanti il mo[illegible] col quale l'influenza si diffonde e si svolge, ed entra quindi nella que-

stione se la malattia sia o no contagiosa, ed egli ritiene che la contagiosità sia l'eccezione e l'infeziosità la regola, concludendo con l'ammettere l'esistenza di un agente patogeno largamente diffuso nell'atmosfera. In quanto alla natura di questo agente è difficile nelle condizioni attuali della scienza poterla precisare, ma egli inclina a credere che dovesse trattarsi di un microrganismo del genere del *pneumococco*.

Il Dott. Bianchi termina la sua comunicazione parlando delle indicazioni igieniche e curative che possono dedursi da quanto ha esposto nella sua lettura.

Il Presidente apre la discussione sulla comunicazione del Prof. Mattei.

Domanda la parola il Dott. **Stanislao Bianchi** per far notare che le fibre carnose del diaframma per la loro lunghezza e per il modo di inserzione possono spostarsi e formare dei fasci e quando vi è questa disposizione in gruppo dar luogo alla produzione dei solchi epatici, oppure quei fasci muscolari potrebbero essere effetto anzichè causa dei solchi medesimi.

Il Prof. **Mattei** dice non esservi dubbio che le fibre muscolari del diaframma si lascino spostare, ma non si spostano tutte e questa grande spostabilità non l'ha riscontrata nei casi nei quali esistevano solchi profondi del fegato, quindi non potrebbe ammettere che la causa della formazione dei solchi consistesse nella facilità con la quale si spostano le fibre di quel muscolo.

Nessun altro domandando la parola il Presidente apre la discussione sulla lettura del Dott. Aurelio Bianchi.

Il Dott. **Grazzi** ha sentito volontieri ricordare e descrivere dal Dott. Bianchi le complicazioni morbose dell'influenza riferibili alla muccosa delle prime vie respiratorie, ma egli non ha rammentato quelle pure frequenti e piuttosto gravi che avvengono nell'*organo uditivo*. Per propagazione di flogosi dalle fauci all'orecchio medio durante l'epidemia d'influenza sono state numerose le otiti catarrali, le quali si presentavano con un carattere insolito, cioè senza gravissimi fenomeni morbosi denotanti una flogosi intensa: si avevano facili emorragie dall'orecchio esterno, perforazione della membrana del timpano ed otorrea. Questi fenomeni morbosi si sviluppavano nell'orecchio, secondo quanto raccontarono i malati, che in seguito si presentarono al suo dispensario, anche senza precedenti segni di flogosi nasale o faringea ed i pazienti riferirono le facili emorragie auricolari ai colpi di tosse ed agli starnuti che quasi tutti i malati d'influenza ebbero in un grado maggiore o minore. Egli crede quindi che il germe specifico della malattia determinasse nella cassa del timpano e nei suoi annessi una infiammazione catarrale, che produceva l'infiltramento nella membrana del timpano, la quale avendo una minore resistenza si rompeva facilmente al seguito delle espirazioni forzate che spesso erano obbligati a compiere i malati d'influenza. Il corso delle complica[illegible]ni auricolari dell'influenza è stato molto lungo, ed ancora molte persone n[illegible]i-sentono le tristi conseguenze.

Il Dott. **Bargioni** ha osservato molti casi di febbre reumatico-infe[illegible]a, ed ha notato, specialmente nei bambini, una colorazione intensa della fa[illegible]a in modo che sembravano affetti da una eruzione esantematica. Fa pur[illegible]-

tare in quanto alla cura dell'influenza che quei malati che per loro volontà avevano abusato di purganti ebbero un corso di malattia molto più lungo degli altri e specialmente si accentuarono i disturbi gastrico-intestinali, mentre prescrivendo una semplice cura igienica e diaforetica il male guariva con rapidità. Il Dott. Bianchi parlando della cura della influenza si è lodato dell'uso del calomelanos, il quale crede potesse agire come antisettico, mentre il Bargioni non accorda egual favore a quel medicamento, ma preferirebbe piuttosto il salicilato di soda, che potrebbe pure agire come diaforetico e come antisettico. Loda il Dott. Bianchi per avere provocato questa discusssione in seno all'Accademia.

Il Dott. **Crapols** riconosce giuste le osservazioni del Dott. Bianchi riguardo alla lunga convalescenza della malattia in discorso ed alla spossatezza, di cui si lagnano molti malati, ma egli crede che questi effetti debbano attribuirsi più alle cure che molti sanitari consigliarono, anzichè alla malattia stessa, e vide specialmente le lunghe convalescenze più negli ammalati ai quali fu prescritta l'antipirina, che in coloro che si curarono con semplici rimedii igienici.

Il Dott. **Turchini** è pienamente d'accordo col Dott. Crapols, e dice di avere avuto l'influenza, di essersi usato i necessarii riguardi e di essere guarito in due o tre giorni senza aver fatto uso di nessun medicamento.

Il Dott. **Eccher** conviene col Dott. Bianchi che le condizioni di umidità dell'atmosfera facilitassero lo sviluppo dell'influenza, ed a tale proposito riferisce i casi di alcuni operai della sua officina d'istrumenti fisici che venendo in Firenze di lontano ed esponendosi alla nebbia della mattina contrassero sollecitamente la malattia.

Il Dott. **Bottari** crede che il Bianchi nella sua comunicazione non abbia detto di averé fatto dei confronti fra l'andamento che prendeva la malattia nei casi gravi se curati attivamente o negativamente. Egli ha notato che nel principio dell'epidemia l'affezione in discorso insorgeva con fenomeni morbosi molto acuti, e curata o no guariva presto; in seguito invece la malattia assumeva un carattere più mite, ma l'andamento era più lento e le varie localizzazioni della medesima non si risolvevano con tanta facilità. Domanda al Dott. Bianchi se anche lui ha notato questo andamento.

Il Dott. **Bianchi** ringrazia i colleghi di avere così largamente ed utilmente discussa la sua comunicazione. Concorda col Grazzi nel riconoscere le facili complicazioni auricolari dell'influenza, che in alcuni casi assunsero anche caratteri gravi. Ammette col Dott. Bargioni l'utilità del salicilato di soda ed i danni dei purgativi, ma i malati che venivano ricevuti in S. M. Nuova si erano già purgati a casa, ed egli prescriveva il calomelanos non come purgativo, ma come antisettico e si trattiene a parlare intorno a quest'azione del protocloruro di mercurio. Crede che il calomelanos per i cambiamenti che subisce nel tubo digerente sia molto più antisettico del salicilato di soda e dell'acido salicilico. Egli prescriveva mal volentieri il salicilato di soda, perchè gli sembrava che aumentasse l'anoressia. Riconosce col Dott. Crapols che l'antipirina ha un'azione deprimente, ma lo assicura che anche coloro che

non la presero ebbero lunghe convalescenze, sembrando dipendere un tal fatto più dalla natura della malattia che dalla qualità e quantità dei rimedj adoperati nella cura. Questi fatti li ha notati specialmente nei militari dei Reggimenti di guarnigione in Firenze, che sebbene si trovassero in ottime condizioni fisiche generali, ed alcuni sebbene non avessero fatto uso nè di antipirina, nè di altri medicamenti, ebbero febbri alte, complicazioni delle prime vie respiratorie, e lunghissime convalescenze con depressione fisica. Amministrando piccole e ripetute dosi di calomelanos tanto nei casi osservati allo Spedale, come in quelli della pratica civile e nei soldati veduti per particolare cortesia dei medici militari, la cefalea di cui si lagnavano quasi tutti i malati diminuiva, il corso della malattia era più breve e la convalescenza meno prolungata, che in quelli che non avevano preso tale rimedio. Con questo crede avere risposto anche alla interrogazione rivoltagli dal Dott. Bottari.

Nessun'altro domandando la parola la seduta è levata alle due e mezzo.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Vittorio Grazzi.

QUARTA ADUNANZA DEL 9 MARZO 1890.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani, *Presidente*.

L'adunanza è aperta alle ore 8 $^1/_2$ pom.

Sono presenti: Messeri, Rossi, Mattei, Luciani, Montalti, Gabbi, Banti, Gelli, Sacchi, Giuntoli e Grazzi.

Letto ed approvato il processo verbale, il presidente dà la parola al Dott. Rossi per la sua comunicazione *sull'influenza dell'oscurità sulla fecondazione sulla gravidanza e sui neonati*.

Egli incomincia col rendere noti all'Accademia i resultati di alcune esperienze stabilite allo scopo di vedere l'influenza dell'oscurità sulla fecondazione. Dice subito che le sue ricerche presero le mosse dal lavoro dell'Hertwig pubblicato nel 1887, sulla fecondazione e sulla segmentazione delle uova degli Echinidi sotto l'influenza di agenti chimici e fisici; questi ultimi rappresentati soltanto da temperature non mai superiori a 31° del centigrado. Per dare una base un po' più scientifica alle ricerche e per potere spiegare i fatti anche con l'aiuto di tutto quanto è stato detto sull'azione dell'oscurità sullo sviluppo dell'organismo e sulle sue diverse funzioni, ha scelto un mammifero, il « *mus musculus.* » In una piccola stanza, perfettamente oscura, ed entro ampie casse di legno, ha collocato in apposite gabbie circa 25 femmine accoppiate, vale a dire quando avevano ancora il tappo vaginale. Dopo un tempo variabile, dai 4 ai 7 giorni, le rimetteva alla luce. Ha potuto da ciò constatare che di 25 una sola rimase feconda ed al 20° giorno diede alla luce due soli bambini. Parve a lui interessante questo fatto, dal momento che rimanendo i topi alla luce la percentuale delle femmine fecondate è rappresentata da circa il 90 %. Si propose allora di risolvere due quesiti: 1° o la fecondazione fu impedita; 2° o la fecondazione era avvenuta, ma venne arrestata. Per poterli risolvere, ha istituito una serie di ricerche sugli apparecchi genitali interni di femmine accoppiate ed uccise dal 1° al 3° giorno da che erano all'oscuro, e di femmine uccise dal 1° al 3° giorno dopo il parto e soggiornanti all'oscuro, sapendo appunto che circa 48 ore dopo essersi sgravate maturano alcune uova. Sui risultati di queste osservazioni microscopiche parlerà a suo tempo all'Accademia. Il Dott. Rossi aggiunge che quanto ha esposto all'Accademia non è che una parte delle ricerche che ha ora in corso, inquantochè, oltre all'oscurità, si è proposto di studiare eziandio sulla fecondazione, l'influenza delle alte e basse temperature, e della elettricità.

Il Dott. Rossi avendo il materiale necessario, ma non con l'intento di occuparsene, ha potuto anche osservare l'influenza della oscurità sulla gravidanza e sui neonati. Sulla gravidanza, specialmente avanzata, parrebbe non avere azione; sui neonati invece notasi uno sviluppo lento e le palpebre si schiudono qualche tempo più tardi, di quello che suole comunemente avvenire, alla luce. Ma queste osservazioni ultime saranno continuate dal Dott. Giuseppe Vicarelli.

Parla quindi il Dott. **Oddi** *sulle degenerazioni consecutive al taglio delle radici posteriori.*

Egli incomincia col dire che fino dal 1885 il Dott. Dario Baldi pubblicando il suo lavoro *Sugli effetti della recisione delle radici posteriori sui movimenti* accennò a delle interessanti degenerazioni ascendenti riscontrate costantemente nel midollo dei cani che egli aveva operato. In seguito il Rossolimo per studiare il decorso delle vie sensitive nel midollo spinale tagliò diverse radici posteriori del plesso sacrale destro in sei porcellini d'India. Egli trovò le seguenti microscopiche alterazioni nel midollo spinale degli animali uccisi dopo un certo tempo.

1°. Le alterazioni si concentrano nel rigonfiamento lombare, dopo il quale tutti i più alti segmenti sono rimasti normali.

2°. Esse si limitano soltanto alla parte destra.

Le alterazioni consisterebbero principalmente secondo il Rossolimo nella degenerazione dei cordoni di Goll, dei fasci delle radici posteriori sezionate e delle cellule nervose tanto del corno anteriore che posteriore, ma più specialmente di quest'ultimo. Il Wagner confermò pienamente i risultati del Rossolimo limitando egli pure le degenerazioni al solo lato e tratto della operazione.

Il Dott. Oddi ed il suo carissimo amico Dott. Umberto Rossi con il quale ha eseguito le ricerche istologiche di questo lavoro stabilirono di continuare questo studio per vedere se con un esame più accurato eseguito con i metodi più raccomandati, fosse possibile di limitare più esattamente le alterazioni consecutive al taglio delle radici posteriori, per trarne poi partito per l'intricatissimo studio delle vie sensitive nel midollo spinale.

In un primo cane tagliarono 6 radici posteriori del plesso lombo sacrale sinistro; al 21° giorno dall'operazione uccisero l'animale ed estratto il midollo fu posto ad indurire in una soluzione di bicromato al 2 %: dopo 15 giorni circa fu passato nella miscela osmica del Marchi. Per questa prima ricerca scelsero il metodo del Marchi come quello che, per quanto non esente da critiche, meglio di ogni altro si presta a svelare le degenerazioni specialmente di data recente; controllarono però i risultati con il metodo del Martinotti alla picronigrosina e riserbandosi in seguito a controllarli anche con il metodo del Weigert.

All'esame istologico di questo primo caso riscontrarono le seguent terazioni.

Nel punto dell'operazione le degenerazioni sono sparse in tutta la ficie di sezione del midollo, sono però più evidenti dal lato dell'opera

per la sostanza bianca nei cordoni posteriori e per la grigia nei corni tanto anteriori che posteriori a carico degli elementi cellulari e delle fibre. Nel tratto che sovrasta immediatamente il punto dell'operazione per ciò che riguarda la sostanza bianca rimangono identiche le condizioni sopra descritte; in rapporto poi alla sostanza grigia, le alterazioni appariscono alquanto minori. Procedendo in alto le alterazioni sono segnate dai seguenti fatti. A carico della sostanza bianca rimangono limitate ai cordoni posteriori e precisamente a quella porzione che viene descritta sotto il nome di cordoni di Goll, in grado manifesto dal lato dell'operazione, in grado minore, ma sempre evidente dal lato opposto; e così pure da ambo le metà del midollo le alterazioni appariscono evidenti in quella porzione dei cordoni postero-laterali che è immediatamente contigua al fascio di fibre costituenti le radici posteriori. La sostanza grigia non presenta alterazioni di sorta e gli elementi cellulari in particolar modo quelli delle corna anteriori appariscono bene conservati. Queste modificazioni scemano di intensità rimanendo sempre per luogo le stesse in tutta la porzione cervicale punto a cui essi pervennero coll'esame del midollo. Nella parte più bassa del rigonfiamento lombare il cordone posteriore corrispondente al lato dell'operazione presenta numerose fibre degenerate, qualcheduna ne esiste pure nel cordone omonimo del lato opposto, ed anche nei fasci piramidali dei cordoni anteriori: intatta la sostanza grigia. Nel tratto inferiore all'operazione ed anche nella coda equina è dato di poter rilevare alterazioni d'indole degenerativa a carico della parte più interna del cordone posteriore dal solo lato dell'operazione.

In un secondo cane che morì al 6° giorno dall'operazione ed al quale erano state tagliate 5 radici posteriori del plesso sacrale sinistro rinvennero lievi alterazioni d'indole degenerativa nel tratto operato a carico dei cordoni posteriori, più distinte dal lato dell'operazione, meno dal lato opposto. Nelle porzioni tanto superiori che inferiori al tratto operato queste degenerazioni sempre lievissime e per luogo le stesse, vanno scomparendo a mano a mano che ci si allontana dalla porzione lombare (porzione dell'operazione).

Da queste ricerche appajono adunque evidenti due fatti che sembrano molto interessanti e che fino ad ora, almeno per quanto essi sappiano non sono stati verificati da alcuno.

1°. In seguito al taglio delle radici posteriori si riscontra nei cordoni posteriori una degenerazione più intensa dal lato dell'operazione, meno intensa, ma sempre evidentissima, dal lato opposto. Questa degenerazione nelle porzioni dorsale e cervicale si limita più specialmente ai cordoni di Goll.

2°. Oltre la degenerazione ascendente nel caso studiato fu riscontrata anche una degenerazione discendente, che però si limita al solo cordone posteriore del lato dell'operazione.

In questa breve comunicazione preventiva il Dott. Oddi non intende di entrare nella intricatissima questione delle vie di sensibilità nel midollo spinale, nè discutere delle ipotesi più o meno probabili sui presunti centri trofici delle parti degenerate. Egli si riserva di occuparsi di tutto ciò quando avrà raccolto un abbondante materiale che gli sarà fornito dai cani che già ha operato e da altri che in seguito intende operare insieme col Dott. Rossi.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Rossi il Prof. **Luciani** richiama l'attenzione dei presenti sulle conclusioni presentate dal Dott. Rossi stesso. La nuovità delle ricerche e l'importanza dei resultati ottenuti, meritano, egli dice, di seguirne lo studio ed è perciò che invita il Dott. Rossi a proseguire nell'opera intrapresa e vedere di dare una spiegazione, di enunciare una ragione dei fatti osservati. Anzi domanda al Dott. Rossi se fino da ora potesse dire qualche cosa, provando esso una estrema curiosità intorno all'argomento da lui svolto.

Il Dott. **Rossi** ringrazia il prof. Luciani delle lusinghiere parole espresse e dice che saranno per lui come uno stimolo a continuare, anche con lena maggiore, le ricerche incominciate. Avendo fatta una sola serie di esperienze generali, e non avendo ancora istituite alcune ricerche speciali sugli apparecchi genitali degli animali che servirono all'esperimento non può contentare il prof. Luciani nel desiderio espresso, che del resto è anche il suo. Non mancherà però, a suo tempo di comunicare all'Accademia le ulteriori ricerche, e dichiara che qualora si trovasse in presenza di dati positivi nel dare una spiegazione terrà conto eziandio di quanto venne detto intorno alla influenza che la luce e l'oscurità esercitano sulle diverse funzioni dell'organismo.

Il Dott. **Banti** domanda al Dott. Rossi se non piuttosto l'oscurità desse luogo ad un diminuito accoppiamento degli animali.

Il Dott. **Rossi** risponde che non poneva all'oscurità maschi e femmine, ma soltanto le femmine che avevano il tappo vaginale, ossia che erano state montate.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Oddi anche a nome del Dott. Rossi, domanda la parola il Dott. **Banti**. Egli dice trovare molto interessanti le degenerazioni discendenti descritte dai Dottori Oddi e Rossi; e tenuto conto della grande importanza che acquisterebbero ove venissero costantemente riscontrate, consiglia a non limitarsi soltanto allo studio delle degenerazioni, ma a studiarle anche allo stato di sclerosi con i metodi più consigliati specialmente quelli del Weigert e dell'Adamkiewicz.

Il Dott. **Oddi** risponde che era appunto loro intendimento di eseguire queste ricerche e che anzi avevano già dei cani che si prefiggevano di lasciare in vita per molto tempo, onde potere studiare le sclerosi con i metodi più recenti.

Il Dott. **Rossi** domanda la parola dicendo di volere spezzare una lancia in favore del metodo del Marchi. Fa rilevare tutti i pregi di detto metodo e dimostra quanto siano poco fondate e ragionevoli le critiche che gli sono state mosse. Conclude col dire che egli stima il metodo del Marchi senza dubbio il più adatto per svelare e circoscrivere le degenerazioni.

Il Dott. **Banti** replica dicendo che egli non ha inteso minimamente di menomare il valore del metodo del Marchi, che anzi egli reputa adattissi soltanto egli aveva consigliato anche l'uso di altri metodi per eliminare o dubbio possibile, e per sfuggire a qualsiasi critica.

Il Prof. **Luciani**, Presidente, dice di riconoscere anch'egli la grande portanza che avrebbero queste degenerazioni discendenti, e fa rilevare co

questo fatto una volta bene accertato, sconvolgerebbe la fisiologia del midollo spinale, e farebbe molto dubitare delle teorie che fino ad ora si sono ritenute come le più dimostrate.

Il Dott. **Oddi** associandosi al Prof. Luciani aggiunge, che purtroppo le vie della sensibilità nel midollo spinale sono tutt'ora un enigma. E gli piace di rammentare come il suo egregio amico e collega Dott. Belmondo, studiando le alterazioni anatomiche nel midollo di pellagrosi, che pure non presentano manifesti e costanti disturbi di sensibilità, ha riscontrato la sclerosi di cordoni posteriori che vengono descritti come vie sensitive.

Il **Presidente** incoraggia a continuare con alacrità questi studii interessanti, e così è chiusa la discussione ed è tolta la seduta.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Vittorio Grazzi.

QUINTA ADUNANZA DEL 29 APRILE 1890.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

L'adunanza è aperta alle ore 8 ½ pom. nella sala III dell Istituto.

Sono presenti Federici, Bajardi, Galli, Rossi, Grazzi, Guidi, Mattei, Boncinelli, Oddi, Sacchi, A. Bianchi, S. Bianchi, Pieragnoli, Pons, Kurz.

Letto ed approvato il processo verbale il presidente comunica che il Prof. Politzel di passaggio da Firenze donava all'accademia le sue pubblicazioni principali ed il suo ritratto. Comunica la morte del socio corrispondente Prof. Scalzi di Roma.

Il **Presidente** legge la *commemorazione del Prof. Alessandro Tafani.*

Sebbene il nostro statuto destini la seduta solenne biennale sia per la enumerazione riassuntiva dei nostri lavori che per la commemorazione dei soci defunti; tuttavia permettetemi, egregi Colleghi, che io per questa volta, interpetrando il voto del vostro cuore, deroghi alle abitudini, per deplorare con voi la perdita grande recentemente sentita dalla nostra Accademia.

Ci è mancato Alessandro Tafani, il valoroso anatomico, che tanto onorava la Scuola Fiorentina, e che era uno dei più pregiati ornamenti della nostra Accademia. Egli non ha chiusa la sua carriera mortale dopo aver esaurite tutte le forze del suo bell'ingegno a vantaggio della scienza; anzi egli è morto quando divenuto maestro di tutte le risorse della tecnica più moderna negli studi morfologici, l'evoluzione dei suoi talenti aveva raggiunto appena la maturità e il culmine dello sviluppo; quando cioè per lunghi anni ancora poteva farli fruttificare a gloria sua ed a decoro del paese. Non è dunque solo la perdita dell'amico, del Collega stimato che ci addolora: rende più acerbo e profondo il nostro cordoglio il pensare quante attendibili promesse, quante speranze sicure, quanti tesori di scienza nuova ci vengono rapiti con lui.

Ma non è tutto perduto: il maledetto bacillo, contro cui l'arte nostra non ha ancora saputo trovare una difesa efficace non ha con tanta rapidità compiuta l'opera sua distruttrice, che di Alessandro Tafani non rimanga tanto che basti a che il suo nome non possa essser dimenticato nella sto delle scienze anatomiche. Non voglio ricordarvi, o Signori, che i suoi ultimi lavori scientifici, che noi fummo i primi a conoscere e pregustar seno alla nostra Accademia.

Nella voluminosa monografia sull'*organo dell'udito* che costò al Ta 8 anni di assiduo lavoro, è trattata con finezza di particolari e coi met

più moderni, tanto la parte macroscopica che microscopica di detto organo nobilissimo in tutta la distesa delle varie classi dei vertebrati. Notevoli specialmente sono le ricerche microscopiche, nelle quali sono messi in luce fatti fino allora contestati o ignorati, quelli p. e. relativi alla disposizione e struttura degli epiteli acustici, e alla maniera di articolazione dei pilastri dell'organo del Corti. Eppure da questo lavoro di lunga lena, condotto con fine criterio scientifico, ricco di non pochi particolari affatto nuovi, il Tafani non ricavò tutto il frutto e la soddisfazione meritata dalle sue fatiche.

Mentre infatti la sua monografia si stava stampando, comparve quella del Retzius sullo stesso argomento, che agli occhi del pubblico parve diminuire il merito e la priorità di non poche sue osservazioni.

Nel lavoro « *sulle condizioni utero-placentari della vita fetale* » il Tafani oltre all'aver confermato quanto già l'Ercolani e il Turner avevano dimostrato cioè l'unità di tipo morfologico delle placente nei vari ordini di animali; mise in sodo la natura, l'origine, il luogo di sviluppo della sostanza che serve a nutrire gli embrioni e i feti dei mammiferi, e la maniera come la nutrizione si effettua tanto al principio come alle successive fasi della gravidanza.

L'ultima pubblicazione del Tafani riguarda la nozione « *dei primi momenti di sviluppo dei mammiferi.* » Profondo conoscitore dei lavori degli autori che avevano prima di lui trattato della *maturazione*, della *fecondazione*, e della *segmentazione* delle uova, egli ne riassume le osservazioni, ne discerne la dottrina con fino accorgimento, e le mette in raffronto con una serie numerosa di sue proprie osservazioni originali eseguite sulle uova dei topi, aggiunge un capitolo affatto originale sulla patologia delle uova, nel quale descrive quanto egli orservò nelle uova non fecondate, nelle uova incompletamente mature, nei casi di polispermia, e nei casi di segmentazione con elementi privi di nuclei.

Presi nel loro complesso questi tre ultimi lavori del nostro compianto Collega sono un piccolo ma durevole monumento che egli ha saputo erigere a se medesimo prima di lasciarci. Nessuno infatti che voglia parlare della struttura dell'organo uditivo, del modo di nutrirsi dei feti, e dei primi sviluppi dell'uovo, potrà omettere di ricordare Alessanadro Tafani, che con tanta assiduità e intensità di lavoro e cospicuità e chiarezza di resultati trattò i detti argomenti.

Memoria non meno duratura di sè lascia Alessandro Tafani per le sue virtù personali nell'animo dei suoi amici, dei suoi discepoli e compagni di studio, nella sua vedova Signora a cui propongo che l'Accademia invii parole di condoglianza sincera col mezzo della Presidenza.

Si approva per acclamazione l'invio di una lettera alla vedova del Prof. fani.

Il Dott. **Sacchi** legge *intorno al metodo seguito dal Prof. Tafani nei i studii.*

Il metodo tenuto dal Prof. Tafani nelle sue ricerche scientifiche era derio dal metodo Darwiniano. Affine di formulare delle leggi finali indagava

a mano a mano il loro perfezionarsi nelle serie animali e non contento di un sol processo dimostrativo ricorreva a vari per arrivare all'intelligenza del fatto in tutte le sue forme sensibili. Accoppiava quindi le vedute larghe delle concezioni evoluzioniste al minuzioso e microscopico esame di ciascun fatto. Non si contentava egli però di dimostrarne la realtà seguendo una sola ed unica strada ma voleva vederlo confermato con esperimenti di controllo. Questi esperimenti variavano naturalmente a seconda delle qualità speciali del soggetto ma erano coordinate al fine di dimostrare l'identità nei risultati. In questo lavoro di tecnica era, si può dire, uno specialista nel genere e molti dei professori Italiani e Stranieri e in molti congressi egli ha fatto vedere preparazioni che a lui solo era riuscito di ottenere. Con siffatto rigore scientifico conduceva egualmente gli scolari all'intelligenza dei fondamenti degli studi istologici e se non fosse mancato così presto avrebbe forse in un trattato di istologia, fondato su ricerche ed esperienze proprie, dato vita e indipendenza all'Istologia Italiana. Aveva poi sempre di mira nelle sue ricerche di non fare suo obietto speciale la nuda descrizione delle forme ma di risalire da queste alle frazioni elementari dei tessuti nel che giustamente riponeva il massimo vantaggio che possa trarsi dagli studi dell'istologia. Aveva perciò intitolato il suo Gabinetto o laboratorio di « Istologia fisiologica » non coll'intento di penetrare in un campo non suo ma con quello di portare il suo contributo per quanto lo permettevano ed anzi lo concedevano gli studi delle forme elementari alla conoscenza delle funzioni degli elementi.

Questa parte di studio egli la credeva connessa, e a buon diritto, cogli studi di morfologia in quanto la funzione non determina solo modificazioni nel movimento nella produzione di fenomeni nuovi ma anche un relativo cambiamento di forma.

Il Dott. **Stanislao Bianchi** fa la sua comunicazione *sulle ossa squamo-condiloidee dell' occipitale.* — Egli presenta tre crani di neonati nei quali tra il sopra e gli exoccipitali esistevano nuclei accessori d'ossificazione grossi quanto un grano di maiz, di forma discoide ben individualizzati: per la loro posizione li denomina « nuclei accessori squamo condiloidi. » Questi tre casi furono da lui riscontrati in una raccolta di 210 crani di feti neonati e bambini. In questi nuclei accessori dell'occipitale la letteratura anatomica ben poco fa sapere: solo il Meckel ed il Gom li menzionano ed il solo Staurenghi ne dà una relazione circostanziata.

Li crede varietà rarissima da non confondersi cogli altri nuclei accessorii della squama occipitale descritti da moltissimi Anatomici. Fa rilevare l'importanza loro sia per la loro finità di posizione, sia per la loro identica configurazione, sia perchè saldandosi alle parti contigue non se ne riscontr traccie nei crani degli adulti, sia perchè sono ossificazioni proprie dell' pitale umano non avendole riscontrate nei crani dei vertebrati. Egli c che queste ossificazioni accessorie saldandosi alla parte squamosa ed alle p zioni condiloidee possono dar luogo a quei rialzi che si formano nella fa interna dell'occipitale che determinano una duplice fossetta.

Il Dott. **Aurelio Bianchi** legge *della insufficienza pilorica e della sua importanza nella terapia.*

Ognuno sa come l'orificio pilorico possa per condizioni speciali di atonia rimanere in parte beante e permettere una continua discesa parziale del contenuto gastrico entro il tubo intestinale. Credo invece rarissimi i casi di carcinomi gastrici che rendono costantemente aperto tale orifizio e che si svolgono con una particolare fenomenologia. Avendo quindi avuta la opportunità di studiare nella mia sezione nello spedale due di tali casi, ne colgo occasione per dire brevemente di essi, per indicare i criterii semeiologici atti a far riconoscere nel vivente la insufficienza pilorica ed il suo grado, e per dedurne applicazioni di non dispregevole utile terapeutico.

Nell'Agosto del 1888 ebbi ad esaminare un malato, certo Pietro Ferrari di anni 48, il quale presentava un esagerato pallore cutaneo, un mediocre dimagramento, una lieve dolorabilità spontanea e alla pressione verso la regione pilorica, ed un continuo bisogno del cibo, senza avere perciò vero appetito; dopo l'ingestione dell'alimento non sentiva aumentare le sofferenze, nè si aveva eccessivo sviluppo di gas, nè nausee, nè vomiti. Le scariche talora poltacee, talora solide, nulla offrivano di anormale per quantità in relazione col cibo ingerito. Per quanta cura si ponesse nell'esame obiettivo non risultava alla ispezione ed alla palpazione alcuna intumescenza localizzata in alcuna parte del ventre, alla percezione lo stomaco era mediocremente dilatato, la milza ed il fegato normali, gli intestini pure; alla ascoltazione non si percepivano sull'area gastrica rumori cardiaci trasmessi. Il cuore del resto era fiacco, lento; il respiro lento, ma normale.

Feci diagnosi di mediocre catarro gastrico con probabile neoplasia di sede e di natura non possibile a supporsi nel momento attuale.

A meglio schiarire la diagnosi tentai la sondatura gastrica, la quale mi fece sentire all'ascoltazione mancanza quasi completa di suoni cardiaci e polmonari per entro al viscere, e mi mostrò che non tutto il liquido introdottovi si riusciva ad estrarre, benchè lo stomaco non avesse eccessiva flaccidità di pareti, nè scendesse molto in basso con la pressione del liquido in esso introdotto. Si ammise quindi che l'apertura pilorica era non solo pervia ma rilassata e che perciò se una neoplasia esisteva nello stomaco essa non certo si localizzava all'orificio pilorico, rendendolo stenotico. La nutrizione del malato, non ostante tutte le cure e non ostante che esso ingerisse e digerisse gli alimenti, andò sempre più scadendo, il pallore si fece sempre più eccessivo e quest'uomo moriva alla fine del mese di Agosto.

Alla necroscopia, eseguita dall'amico Dott. Fabioli, constatate le solite alterazioni cadaveriche e non altro, si vide che lo stomaco, mediocremente lilatato e con lieve gastrite, aveva l'apertura pilorica beante, dura, quasi artilaginea, con aspetto cereo per tutto e tale aspetto si estendeva per sei entimetri circa in media dal piloro verso l'interno del viscere. Trattavasi li un vero e proprio carcinoma colloide, il quale coll'indurire la parte, la nanteneva costantemente dilatata. Ivi scarsissimi erano i vasi sanguigni e iessuna ulcerazione vi si mostrava. L'altro caso fu di un tal Tobia Cappelli

di anni 67, ed offriva identici fenomeni del precedente. Questa volta però, edotto dal caso già veduto, diagnosticai subito trattarsi di cancro colloide del piloro e feci per ciò le necessarie indagini, ripetendo quelle precedenti ed aggiungendone altre, di cui dirò in appresso. L'esito fu eguale ed il 18 Luglio dall'egregio Dott. Francesco Conti, se ne faceva la necroscopia. Nessuna alterazione viscerale ad eccezione di un po' di enfisema polmonare e di un lieve grado di adiposi epatica. Lo stomaco di dimensioni normali aveva all'orificio pilorico, misurante in circonferenza 11 ctm., un neoplasma che per 8 ctm. circa si estendeva alle pareti gastriche e che aveva i caratteri del cancro colloide. Il suo spessore maggiore era in basso e all'indietro, l'orifizio pilorico al solito era rigido. Il carcinoma aveva pochissime vascolarizzazioni e non era ulcerato.

Da questa esposizione sommaria dei due casi osservati resulta ben chiara la possibilità della insufficienza pilorica anche nel caso di carcinoma dello stesso piloro.

I fenomeni semeiologici che più offrono importanza in questo argomento sono negativi e positivi. Fra i primi si trovano la mancanza di tumore resistente alla regione pilorica e l'aumento lieve o nullo dell'area gastrica: fatto quest'ultimo che ci indica la dilatazione pilorica permanente non essere stata preceduta da stenosi dell'orificio.

Fatto positivo costante noi lo possiamo avere, e su di ciò richiamo specialmente l'attenzione, dalle ricerche eseguite per mezzo della percussione ascoltativa e relativa all'area del contenuto gastrico. Ho dimostrato già nei decorsi anni a questa Accademia, come sia possibile di determinare esattamente il limite fra il contenuto gastrico liquido e gassoso e tutte le modalità dei suoi spostamenti. Ne viene che facendo voltare sul fianco destro un paziente che abbia nel suo stomaco liquidi e gas, si osserva che i liquidi trascinano lo stomaco in basso e che il loro livello segna una linea più o meno parallela alla linea mediana del corpo, invecechè segnarne una ad essa perpendicolare come avviene nella posizione eretta od assisa. Se noi dopo avere segnato il primo livello lasciamo trascorrere alcuni minuti, pur lasciando il paziente nella stessa posizione laterale e si torna dipoi a segnare il livello di nuovo, lo troviamo immutato se trattavasi di stenosi pilorica completa, un po' più basso, ma in lieve grado, se il piloro funziona regolarmente. Invece se vi è insufficienza, la seconda linea si trova molto più bassa e secondo il grado della insufficienza può aversi anche la scomparsa completa dell'area del liquido.

Tale fatto ci indica con sicurezza la insufficienza pilorica ed il suo grado di intensità e ci permette di constatare la rapidità con cui si svolge il passaggio del liquido dallo stomaco nell'intestino.

Quindi un metodo sicuro di riconoscere la insufficienza pilorica è qu di compiere l'area del contenuto gastrico liquido, stando il malato in p zione laterale destra e di eseguirne successivamente delle altre.

Anche l'ascoltazione fatta per mezzo dello stetoscopio collocato sull' gastrica non faceva percepire nei nostri casi i suoni cardiaci trasmessi.

fatto mi sembra facile a spiegarsi pel fatto che non essendo lo stomaco chiuso al piloro, lasciava sfuggire le onde sonore trasmesse ad esso dal cuore per l'apertura pilorica. Una esperienza mi convinse del fatto e si fu quella di compiere la ascoltazione interna del viscere stesso. Si sa che con questo metodo, di cui pel primo ho usato, si ascoltano direttamente entro lo stomaco per mezzo della sonda gastrica, i rumori del cuore e del respiro, allorchè lo stomaco stesso è vuoto di alimenti ed il piloro ne è chiuso. Nei casi suddetti l'ascoltazione interna dava una debolissima sensazione dei rumori cardiaci e respiratorii così debole, che occorreva molta cura per discernerla ed apprezzarla. Ma vi ha di più: nel mio secondo malato, dopo avergli fatta mangiare una buona ciotola di zuppa molto densa, e dopo averlo posto nella posizione laterale destra, si percepivano con l'ascoltazione esterna dell'epigastrio i toni cardiaci trasmessi, sebbene in lievissimo grado, perchè in tal caso il cibo assai spesso non si scostava tutto ad un tratto dal piloro beante ma vi impiegava un tempo che permetteva di compiere la nostra osservazione.

Ne viene quindi che altro carattere della insufficienza pilorica è quello di non far percepire alcun suono cardiaco trasmesso sull'area gastrica e quindi di non far sentire che tenuissimi questi suoni con la endo ascoltazione dello stomaco stesso.

L'esame delle feci di questi malati può essere importante per vedere come siano assimilati gli albuminoidi permanenti sì poco nel cavo gastrico. Però tale esame a me era impossibile di compierlo rigorosmente: solo potei, dall'osservazione di varie scariche del malato, vedere che esse erano ben elaborate, senza anormale quantità di sostanza grassa (e si noti che il vitto di essi era in gran parte costituito dal latte) e senza offrire fibre di alimenti carnei non digeriti.

Un quadro clinico speciale ci offrono quindi le insufficienze piloriche da carcinoma colloide, quadro tutto affatto diverso da quello che si osserva nei carcinomi pilorici stenotici od ulcerati.

Manca infatti in esse la impossibilità a far passare i cibi dallo stomaco negli intestini, e quindi mancano le nausee, i vomiti, le alterazioni degli alimenti nel cavo gastrico, recanti poi le gastriti consecutive, le ulcerazioni e le emorragie capillari. Mancano pure i dolori vivissimi ed i vomiti neri che sono sì frequenti nei carcinomi gastrici in genere ed in quelli pilorici ulcerati in specie. Manca la stipsi, anzi può aversi diarrea se si abusa troppo di sostanze albuminose, senza aiutare terapeuticamente la digestione.

Il decorso della malattia è quindi diverso affatto da quello della stenosi pilorica, e il malato muore per la infezione cancerosa, con il graduale avvelenamento ed impoverimento del sangue, senza sofferenze e come un anemico.

Infine, mentre gli altri carcinomi di rado restano localizzati al solo stomaco, ma invadono altre parti e specialmente il fegato e le glandole quello si localizza allo stomaco solo.

QUADRO

delle differenze fra il carcinoma colloide e il carcinoma duro o encefaloide del piloro.

Carcinoma colloide	Carcinoma duro o encefaloide
Dolori mitissimi.	Dolori gravi.
Vomiti mancanti.	Vomiti costanti, spesso sanguigni.
Scariche normali.	Stipsi.
Stomaco dilatato poco o punto.	Stomaco dilatatissimo.
Tumore insensibile o quasi.	Tumore ben manifesto e doloroso alla pressione.
Acido cloridrico scarso.	Acido cloridrico abbondante.

Da questo quadro clinico, tutto suo speciale, derivano indicazioni terapeutiche pure particolari, e dovute alla condizione di insufficienza del piloro, per cui i cibi passano facilmente e continuamente dallo stomaco nell'intestino, senzachè si trattengano in quello il tempo necessario a che la digestione gastrica, specialmente degli albuminoidi sia compiuta.

Ne derivano diverse indicazioni dietetiche, che basterà enunciare per farle sentire necessarie in tali casi.

1°. Introduzione di cibi in piccola quantità, per ogni volta, onde essi rimanendo nel fondo dello stomaco non siano subito cacciati dall'apertura pilorica insufficiente.

2°. Posizione eretta o preferibilmente laterale sinistra per alcune ore dopo la introduzione degli alimenti. Così il piloro beante restando in alto ne deriva che i cibi possono permanere nello stomaco per la loro digestione necessaria il tempo che occorre.

3°. Preferenza per gli alimenti che si digeriscono nello intestino su quelli digeriti o preparati alla digestione intestinale dello stomaco, per quanto lo comporti l'economia organica.

Non volendo o non potendo però limitare così la dieta, o rimanere sotto il dominio delle regole suesposte, è necessario di far si che gli albuminoidi ingeriti si trovino misti a quegli elementi di cui essi non han tempo d[illegible] varsi a contatto nello stomaco ed occorre perciò che l'acido cloridrico [illegible] pepsina ed i peptoni siano uniti agli alimenti ordinarii.

Perciò che riguarda poi l'intervento medico in questi casi, mi se[illegible] che la lavanda gastrica, possa e debba esser causa di danni più che di u[illegible] i[illegible]fatti essa non è necessaria a causa di assenza di catarro e di gastri[illegible]

residui alimentari e di detriti morbosi: può essere dannosa invece col far passare negli intestini delle sostanze, le quali essendo in quantità notevole possono disturbare notevolmente l'organismo tutto. È perciò indispensabile prima di procedere ad essa di saggiare nel modo già da me descritto la sufficienza pilorica.

Può in questi casi l'intervento chirurgico essere utile? Io credo che sì, sebbene non ne fosse la indicazione nei miei due casi, nei quali era manifesta la infezione cancerosa e che infierì nello spedele solo pochi giorni. La mia affermazione per l'utile dell'intervento chirurgico nei cancri colloidi del piloro sta nel fatto anatomo-patologico della nessuna loro diffusione ad altri organi, della poca diffusione al viscere stesso ove han sede, della buona condizione del rimanente della sua muccosa. È certo che se mi si presentassero casi non così avanzati e con i fenomeni suddetti uniti alla insufficienza pilorica, ricorrerei fiducioso alla resezione di quella parte di stomaco che pur essendo così leso, ha alterazioni limitate ad esso soltanto.

Sono quindi ben lieto di aver potuto qui per la prima volta richiamare l'attenzione sopra un insieme di condizioni cliniche, di fatti semeiologici e di condizioni terapeutiche, che non è dato riscontrare in nessun trattato come capitolo a sè e di aver così indicate delle ricerche che meritano di essere proseguite e ampliate.

Per l'ora tarda si rimanda la memoria Oddi e Belmondo.

Aperta la discussione sulla memoria di Bianchi S. nessuno domanda la parola.

È aperta la discussione sulla memoria del Dott. Aurelio Bianchi.

Il Prof. **Luciani** dice che il passare presto i cibi nel duodeno non è danno grave; cita il fatto di un cane con stomaco tolto che sopravvisse due anni; il Ludwig verificò che il cane non aveva stomaco, rimasto solo il duodeno che già si conformava a nuovo stomaco. Questo fatto è importante fisiologicamente perchè dimostra che per quanto importante sia la modificazione subita dagli albuminoidi nello stomaco non è necessaria. In pratica non pare cosa importante lo studio del carcinoma alboide: c'è poco da fare. Il mancare la digestione gastrica in questi casi non aggrava, ma attenua i disturbi: una digestione gastrica in un malato di carcinoma gastrico è controindicata.

Il Dott. **Bianchi A.** replica osservando che egli ha voluto leggere all'Accademia questi due casi, quasi unici nella storia delle malattie dello stomaco, richiamando l'attenzione su di una varietà degna di studio.

Egli ricorda essere importante per la lavanda gastrica, ponendo in guardia di adoperare questa cura nell'insufficienza pilorica, perchè vi sarebbe il pericolo di far passare nell'intestino e quindi recare l'assorbimento delle sostanze tossiche.

Crede però che sia sempre bene conoscere i fatti di insufficienza pilorica p chè, sebbene sia utile nei carcinomi gastrici il riposo funzionale dello stom co, pure occorre mettere nell'organismo albuminoidi in condizioni di digest ne iniziale. Perciò piuttostochè affidarsi solo alla digestione pancreatica oc rre in questi casi dare alimenti peptonizzati. Ricorda poi che fu impor-

tante il fatto di non avere trovata la trasmissione dei toni cardiaci, spiegata dallo sfuggire delle onde sonore per l'apertura pilorica sempre aperta.

L'adunanza è levata alle ore 10 pom.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Aurelio Bianchi.

SESTA ADUNANZA DEL 5 MAGGIO 1890.

Presidenza del Prof. Luigi Luciani, *Presidente*

L'adunanza è aperta alla ore 8 $^1/_2$ pom.

Sono presenti: Giuntoli, Luciani, Vecchietti, Turchini, Toti, Bajardi, Guidi, Oddi, Belmondo, S. Bianchi, A. Bianchi, Grazzi, Rossi, Mattei, Kurz, Sacchi.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente seduta, si comunicano i doni pervenuti all'accademia.

Il Dott. **Belmondo** comunica i risultati di alcune esperienze, eseguite in collaborazione col Dott. Oddi, nel Laboratorio e sotto la guida del Prof. Luciani, intorno all' « *influenza delle radici spinali posteriori sull'eccitabilità delle anteriori.* »

Gli osservatori hanno potuto confermare i risultati cui era, già dal 1865, arrivato il Cyon e contradetti in seguito da altri ricercatori, quali v. Besold e Uspensky, G. Heidenkain, Marcacci, Kanellis. Inoltre hanno posto in luce qualche fatto nuovo non privo d'importanza per la fisiologia del sistema nervoso.

Il riferente espone il metodo operatorio e le varie serie di esperienze compite (nei cani); ed in pari tempo presenta all'assemblea parecchie grafiche ottenute nelle esperienze stesse. Fa notare come il metodo usato da lui e dall'Oddi per sopprimere la funzionalità delle radici posteriori (applicazione sulle radici medesime di una soluzione di *cloridrato di cocaina* al 10 %), sia preferibile al *taglio* fin qui usato, poichè la cocainizzazione non introduce nessun elemento perturbatore dell'esperienza. Invece il taglio è spesso causa d'irritazione, che può diffondersi ai centri spinali, e riflettersi di qui sulle radici anteriori.

Però, in successive serie di esperimenti furono praticati il taglio, ed anche irritazioni volute, con vari mezzi, delle radici posteriori.

Dopo una breve discussione dei proprii resultati, paragonati con quelli degli antecedenti osservatori, viene alle seguenti conclusioni:

1°. Abolendo la conduttività delle radici posteriori, con mezzi tali da non irritarle menomamente, si ha una costante *diminuzione* nell'eccitabilità delle corrispondenti radici anteriori.

2°. Ogni stimolo irritante portato sulle radici sensitive, fa invece *aumentare* di solito per un tempo più o meno lungo l'eccitabilità delle radici anteriori. Talvolta a questa ipereccitabilità precede un periodo in generale

assai breve, in cui l'eccitabilità delle radici anteriori è sospesa o molto diminuita: questo fatto è da attribuirsi ad un fenomeno d'arresto, analogamente a quanto si osserva in altre simili condizioni.

3°. Tutti questi fatti sembrano indipendenti dall'influenza cerebrale, e quindi dalla coscienza.

A tale conclusione sono giunti gli Autori, non solo perchè i fatti citati si verificavano bene anche quando l'animale era profondamente narcotizzato; ma anche perchè tagliando il bulbo del cane e mantenendo questo in vita mediante la respirazione artificiale i risultati non hanno mostrato cangiamento alcuno.

Ciò vuol dire che esiste una vera funzione automatica del midollo spinale; la quale può interpretarsi bene colla teoria emessa già in parte dal Cyon, ammettendo cioè che: dalla periferia, per le fibre sensitive, affluiscano incessantemente al midollo spinale stimoli di varia natura, i quali per l'intermezzo delle cellule della sostanza grigia si riflettano come onda continua sulle fibre motrici, e per esse ai muscoli.

Tale ipotesi spiega benissimo come un'interruzione nel tratto afferente dell'arco diastaltico tolga alle fibre motrici quello stimolo fisiologico perenne; e quindi una eccitazione diretta (volontaria o sperimentale) delle radici anteriori debba *produrre coeteris paribus*, un effetto motore altrettanto minore.

Al contrario, ogni aumento artificiale, per mezzo di stimoli irritanti, della fisiologica onda sensitiva, rappresenta come un'aggiunta di carattere reflesso, che deve sommarsi allo stimolo diretto sulle radici motrici.

Il Dott. **Toti** *parla sui tumori dello spazio naso-faringeo:*

Il capitolo dei tumori primitivi dello spazio naso faringeo, sia nei trattati di Chirurgia generale sia in quelli speciali di rino-laringologia, sia in quelli di anatomia patologica, è oltremodo limitato, specialmente quando si faccia astrazione dalla faccia posteriore del velopendolo; e questo capitolo è, si può dire, ridotto alla trattazione dei così detti polipi naso-faringei. Per citare alcuni esempi, dirò che il Nélaton accenna quasi di volo, oltre ai rarissimi polipi muccosi ed ai comunissimi polipi naso-faringei o meglio faringo-nasali, ad una classe di polipi cancerigni pubblicati sotto i nomi diversi di fibroplaxomi, sarcomi, fibro-sarcomi e carcinomi. E conclude, senza entrare in dettagli, che il loro studio, quantunque abbia una grande importanza, non si fonda ancora sopra fatti tanto numerosi da permettere di entrare in lunghe discussioni. Anche il Bardeleben parla solo incidentalmente di sarcomi veri e proprii riunendoli in genere con i tumori maligni; ed, oltre a ciò, non ne fa menzione che a proposito dei tumori della porzione inferiore della faringe.

Il König riferisce un caso da lui operato di sarcoma a cellule rotonde che arrivava fino alla laringe, che aderiva alla mucosa, (non dice in che p[illegible] sebbene sia evidente che si vuol riferire al naso-faringe); il tumore reci[illegible] Lo Störk, sebbene si diffonda moltissimo sui polipi naso-faringei e sui todi operatorii relativi e riferisca molte storie cliniche, non porta nessun di sarcoma primitivo dello spazio naso-faringeo. Lo Schech si limita a

che tanto i sarcomi quanto i carcinomi del naso-faringe sono fortunatamente di una estrema rarità.

Il Duplay non fa menzione alcuna dei tumori di questo genere.

Per non fare altre inutili citazioni, mi limiterò a riferire quanto dice in proposito il Prof. Massei nell'ultima edizione del suo « trattato delle malattie del naso e della faringe. » Mi limito a questo, perchè il Massei, che è del resto un'autorità della partita, e che è studiosissimo e praticissimo della letteratura nostra e forestiera, assicura di riportare tutti i casi fin qui osservati. Ora di tutti i casi riferiti nel libro del Massei, ce n'è uno solo nel quale sia espressamente asserito che avesse il suo punto di origine nello spazio naso-faringeo e più precisamente sul fornice: e questo caso è semplicemente notato. Come si vede, salvo vaghi accenni quà e là, la letteratura medica, almeno per quanto è a mia disposizione, manca totalmente della descrizione di casi accuratamente osservati e studiati di tumori primitivi del naso-faringe che non siano i volgari polipi naso-faringei o i più rari polipi mucosi o mixomi. Ed avendo io avuto l'opportunità di studiarne uno sulla cui natura mi sembra non si possa elevare dubbio di sorta, ho creduto conveniente di farlo noto alla Società.

Il 5 dello scorso Aprile mi si presentava alla medicheria un individuo per nome Pasquale Lazzeri, di 51 anno, accusando assoluta impossibilità di respirare per la via del naso. L'ostruzione nasale risaliva a due anni fa, e sarebbe comparsa rapidamente in seguito ad una forte infreddatura, accompagnata da cefalea intensa e diminuzione dell'udito, specialmente prevalente a destra. Il malato era tormentato da emorragie dal naso-faringe che si ripetevano giornalmente: soffriva molto nel respirare e lo tormentava assai la secchezza di gola, specialmente la notte. All'esame rinoscopico anteriore trovai a sinistra una fortissima deviazione del setto; a destra una concavità corrispondente alla deviazione dell'altro lato, ed una enorme tumefazione del cornetto inferiore, e un poco anche del medio. Sotto l'azione della cocaina la fossa nasale destra divenne amplissima anteriormente, ma non tanto posteriormente da permettere di gettare il più piccolo sguardo nel cavo naso-faringeo.

Anche dopo l'azione costrittiva della cocaina, non passava affatto aria dalla fossa nasale destra: una piccola quantità ne passava a sinistra, ma solo durante l'inspirazione, e con grande sforzo. La rinoscopia posteriore in quel primo giorno non fu possibile, a causa dell'eccitazione del malato, della resistenza che la lingua opponeva all'abbassatore, e dei vivi reflessi faringei. Pennellai la faringe con una leggera soluzione di jodio in glicerina allo scopo di diminuire un po'la sensibilità reflessa; e due giorni dopo, quando il malato ritornò, mi fu possibile applicare l'uncino palatino e praticare l'esame -inoscopico posteriore. Mi colpì tosto la presenza di una neoformazione pen-nte dalla volta faringea, che occludeva quasi totalmente la regione in esame. ella coana destra non si scorgeva traccia, del setto e della coana sinistra -lo la porzione inferiore per un brevissimo tratto. Anche la veduta delle ombe d'Eustachio era in massima parte impedita dalla sporgenza del neo-lasma, il quale si presentava come una massa irregolare a grosse granula-

zioni rossastre, ricoperte qua e là da muco denso, eminentemente sessile, e sviluppato prevalentemente sul lato destro, sul fornice e sulla parete posteriore della faringe nasale. Stabilita così la sede, quale poteva essere la natura del neoplasma? E, prima di tutto, trattavasi di un tumore nel vero senso della parola? Al difuori di un tumore due soprattutto erano i processi patologici che potevano venire in questione: o una neoformazione sifilitica, o una ipertrofia considerevole dell'abbondante tessuto adenoide o linfatico che tappezza il fornice e le pareti posteriori e laterali del naso-faringe. La prima di queste alterazioni si escludeva facilmente: tanto per i dati obiettivi, non trovandosi ulcerazioni o cicatrici nei dintorni, nè tumefazioni glandulari, nè traccia qualsiasi dell'infezione in parola in nessun altro punto, quanto in base all'anamnesi che era completamente negativa. Non così facile era escludere l'ipertrofia del tessuto adenoide naso-faringeo, della cosiddetta tonsilla faringea, terza tonsilla o tonsilla di Luschcka, lesione nota comunemente sotto il nome di tumore adenoide o di vegetazioni adenoidi naso-faringee. Stavano in favore di tale ipotesi diagnostica alcuni dati obiettivi: la sede e l'aspetto del tumore che coincidevano esattamente colla sede e l'aspetto che presentano ordinariamente le vegetazioni adenoidi. Stavano invece contro questi altri argomenti:

1° la rarità delle vegetazioni adenoidi naso-faringee fra noi; ma questa rarità è più apparente che reale, e dovuta, per me, alla poca o punta attenzione che si suol prestare a questo stato morboso importantissimo dai pratici, i quali, del resto sono perfettamente scusabili inquantochè nelle nostre scuole non si è mai potuto parlare di ciò;

2° l'età del paziente: questo è veramente un forte argomento, ma nient'affatto decisivo, essendo in questi ultimi tempi stato dimostrato che le vegetazioni adenoidi s'incontrano anche nell'età matura;

3° la insistenza delle emorragie, che sono un fatto addirittura fuori dell'ordinario nelle vegetazioni adenoidi.

Quest'ultimo fatto non stava solamente contro le vegetazioni adenoidi: stava anche, e molto, a favore di un neoplasma. E, fra i neoplasmi, si poteva subito escludere sicuramente, per i caratteri obiettivi, e per l'età del malato, il più comune: il fibroma cosiddetto naso-faringeo; mentre tutti i dati obbiettivi e anamnestici si accordavano per ammettere un neoplasma non benigno, e fra questi più probabile, in ragione dell'andamento e dell'assenza d'ingorghi ganglionari, il sarcoma.

Ma io avevo fortunatamente un mezzo diagnostico decisivo a mia disposizione: estirpai colla pinzetta naso-faringea di Jurasz un frammento di tumore e lo indurii per l'esame microscopico. L'indurimento del tessuto, come di tutti quelli molto ricchi di cellule, riuscì penoso e fu solo possibile dopo una prolungata immersione in alcool assoluto e soprattutto nella soluzione alcool eterea di celloidina. I tagli fatti col microtomo riuscirono allora finissimi li colorai col carminio alluminico. Il tessuto era composto essenzialmente cellule e da uno scarso stroma connettivale delicatissimo, visibile solo in tr estremamente sottili ed esaminati in un mezzo non troppo refrangente, co

la glicerina allungata con acqua stillata. Fra le maglie di questo stroma stavano le cellule, di forma rotondeggiante, di dimensioni un po'variabili, ma di cui anche le più piccole erano alquanto più voluminose dei comuni globuli bianchi del sangue, mentre le più grosse raggiungevano un volume di 4-5 volte maggiore di un globulo bianco. La massima parte contenevano un nucleo, ma se ne vedevano qua e là anche a due o più nuclei. In genere il protoplasma in rapporto al nucleo era piuttosto abbondante. Qua e là lo stroma si addensava in fascetti connettivali nel cui spessore decorrevano i vasi sanguigni maggiori, mentre i minori costituiti da membrane sottilissime decorrevano frammezzo allo stroma delicato e si trovavano contornati dalle cellule stesse del neoplasma. In nessun punto mi fu dato vedere sulle parti periferiche delle sezioni qualche cosa che richiamasse alla mente la muccosa, la quale evidentemente era andata distrutta.

Dietro questo reperto istologico, la diagnosi di natura era fuor di questione: si trattava di un sarcoma globo-cellulare e piuttosto della varietà magni-globocellulare. Sulla sua origine istologica l'esame non dava, è vero, resultati ugualmente decisivi: ma considerata la sede del tumore, la struttura reticolata del suo stroma, tenuto conto della disposizione naturale degli organi linfoidi in genere a farsi sede di neoformazioni sarcomatose, io mi credetti autorizzato a ritenere di aver che fare con un sarcoma primitivo della tonsilla faringea collo stesso grado di probabilità con cui chiunque sarebbe autorizzato a battezzare per sarcoma primitivo della tonsilla o volgare palatina un sarcoma sorto primitivamente fra i due archi palatini.

Fatta così la diagnosi, il prognostico era evidente da farsi molto riservato o quanto meno da subordinarsi alla estirpazione completa e radicale del tumore.

Potevasi sperare di giungere a questo cogli ordinari processi operatorii rinoscopici, con le pinzette, coi coltelli anulari, con le cucchjaie taglienti, e con la galvanocaustica, senza farsi prima strada con una operazione preparatoria, ad es. per la via palatina? Io fin da principio ritenni di no, e proposi al malato questa via. Ma egli vi si rifiutò recisamente. Non mi restava quindi che ricorrere alla estrazione per le vie naturali. Un primo passo in questo senso lo feci servendomi di uno strumento che pure nei casi di neoformazioni benigne è spesso tanto efficace, malgrado la sua rozza semplicità, intendo alludere all'unghia dell'indice destro portando dietro il velopendolo e spinto coraggiosamente in alto verso il fornice faringeo. Con questo mezzo ottenni anche più che non avrei sperato; perchè, non curandomi delle grida del paziente, mi fu possibile grattar via una gran quantità di tessuto morboso. Infatti il giorno dopo il malato tornò dicendomi che la respirazione nasale era ristabilita, che la cefalea era molto diminuita, e che l'udito si era fatto migliore; ed io potei costatare che l'aria passava liberamente per la narice sinistra, e l'apertura posteriore di quella fossa nasale ed il setto erano visibili in tutta la loro altezza. Non così la coana destra della quale nello specchietto rinoscopico non si vedeva ancora traccia. Persistendo il malato nel rifiutarsi ud un atto chirurgico radicale diretto ad estirpare il tumore

in un'unica seduta, detti tosto principio ad una serie di sedute dirette a fare la estirpazione in più tempi, servendomi a seconda dei casi sia della pinzetta dello Störk, sia di quella del Jurasz, sia dei coltelli anulari del Gottstein. In 5 o 6 sedute, l'ultima delle quali fu sabato decorso, sono riuscito a liberare talmente lo spazio faringeo della massa morbosa che lo riempiva, che ora, se si eccettuano le superfici cruente sul fornice e sulle pareti posteriore e laterali, l'immagine rinoscopica è perfettamente visibile, e si può ad evidenza dimostrare che la superficie d'impianto del tumore era nettamente e rigorosamente limitata alla porzione nasale della faringe e in modo speciale alla sede della tonsilla faringea. Il setto, i cornetti sono del tutto liberi dalla neoformazione. Solo l'estremità posteriore dei cornetti inferiori è un po' ipertrofica. Intanto l'ammalato si trova ben contento del resultato ottenuto perchè non è più tormentato dalla cefalea, dalla secchezza della gola, perchè sente molto meglio di prima e perchè può dormire i suoi sonni tranquilli. Come capite, o Signori, sotto il punto di vista della salute del malato non sono ugualmente contento io: perchè non so se mi sarà possibile giungere alla estirpazione completa e radicale del tumore. Intanto faccio e seguiterò a fare tutto il possibile a questo scopo: e la cosa più razionale, al punto in cui siamo, in cui cioè per gli strumenti di presa non c'è più presa, è la distruzione dei residui del tumore col cauterio galvanico. Stamani stesso ho fatto la prima seduta, di galvanocaustica, e, se non sorgono ostacoli imprevisti, le ripeterò quanto più ravvicinate mi sarà possibile. Ed a suo tempo mi farò un dovere di rendervi conto dello svolgimento di questo caso che mi sembra meritare tutta la nostra considerazione, ma del quale l'importanza scientifica, più che nell'andamento ulteriore, sul quale non mi sembra ci sia da nutrire troppe speranze, sta sopratutto nella sede, e nell'organo speciale su cui si è sviluppato il tumore.

18 Giugno. La stampa della presente comunicazione essendo stata differita fino ad oggi, approfitto dell'occasione per aggiungere alcune altre cose circa il decorso ulteriore del caso e circa nuove indagini microscopiche da me fatte nel frattempo sui pezzi estirpati.

Il mezzo di cui mi sono servito per la distruzione dei residui del tumore è stato un galvano-cauterio convenientemente curvato e variamente a seconda delle regioni su cui mano mano doveva agire.

Nel corso di queste sedute (6 a 7) di galvano-caustica ho imparato a giovarmi, per portare e mantener fisso in avanti ed in alto il palato molle, di un artifizio che fra i tantissimi immaginati, mi sembra il più semplice ed il più facilmente e lungamente tollerato. È una modificazione del processo consigliato da Störk (1) il quale passava per ciascuna fossa nasale, coll'aiuto della sonda di Bellocq, un nastrino di seta, di cui poi annodava i capi al davanti della bocca, lasciando al malato la cura di tirare su di essi al momento opportuno. Con la modificazione da me adottata, e consistente nel passare per ciascuna narice un tubo di gomma ed annodarlo sul labbro superiore, si ha

(1) Pitha-Billroth's Handbuck, VII Bd.

il vantaggio che non occorre l'aiuto della sonda di Bellocq, alla quale i malati si prestano sempre malvolentieri, e che il velopendolo rimane perfettamente immobile sulla posizione voluta, senza impicciare l'operatore nè incomodare maggiormente l'operato.

Io procedo così: mentre il malato tiene la testa rovesciata all'indietro, polverizzo su ciascuna coana un po' di soluzione di cocaina al 10%. Il liquido, dopo bagnata la parte anteriore del setto e del cornetto inferiore, si raccoglie sul pavimento della fossa nasale, la percorre tutta quanta, e scorre poi sulla superficie posteriore del velopendolo; questo colle sue contrazioni, a cui si associano quelle dei costrittori faringei, ne favorisce il contatto con tutta o quasi tutta la superficie mucosa del naso-faringe. L'eccesso di liquido viene emesso dal malato con la saliva. Con questo mezzo semplicissimo si ottiene l'anestesia tanto del tramite che possono poi percorrere i tubi elastici, quanto della massima parte del campo operatorio. I tubi di gomma, purchè siano di parete rigida, del diametro di 3-4 mm., e tagliati a becco di flauto alla estremità che deve essere introdotta nella narice, scorrono facilmente, senz'altro aiuto che la spinta della mano che li introduce sul pavimento della fossa nasale, e quindi sulla superficie posteriore del velopendolo; quando si vede che il malato comincia ad avere dei conati di vomito, è segno che l'estremità del tubo ha sorpassato il margine del velopendolo, ed è giunta a contatto della lingua. Allora s'introduce una pinzetta, si afferra e si tira fuori dalla bocca l'estremità del tubo disponendolo in modo che passi qualche millimetro all'esterno dell'ugola e si rifletta nell'intervallo fra il canino e il secondo incisivo. Allora si prende colla sinistra l'estremità nasale del tubo, si tira su ambedue i capi finchè il velopendolo non ha preso una posizione conveniente, e si annodano, guardando che le porzioni di tubo che avanzano al di là del nodo si dispongano in direzione trasversale, onde non ingombrino il campo operatorio.

Non starò qui a descrivere dettagliatamente il rimanente delle manovre necessarie ad eseguire la cauterizzazione nei vari punti del naso-faringe. Io ho notato che nei libri di testo questa descrizione o manca del tutto, o è insufficiente. E ci deve essere la sua ragione; forse questa: che si presuppone che chi si accinge a questa specie di operazioni — che non si possono dire difficili, ma che sono quanto mai delicate ed esigono oltracciò vista buona e polso fermo — debba esser già bene esercitato nell'uso della sonda, e in base a quest'esercizio abbia acquistata la pratica necessaria per stabilire la lunghezza che deve avere nel caso in termini il cauterio, la curva che bisogna dare al suo fusto ed alla sua estremità a seconda dei varii punti su cui deve agire, e via di seguito.

C'è però un punto sul quale parmi opportuno spendere due parole: sul grado cioè d'incandescenza a cui bisogna portare il platino cauterizzante. Nella massima parte dei libri si legge che, se la cauterizzazione deve essere emostatica non bisogna oltrepassare il rosso e meglio ancora limitare la quantità di forza elettrica al punto che il platino non sorpassi il rosso scuro. Ciò sarà vero, anzi ciò è vero per i grossi cauteri e le grosse anse che si

adoperano nelle grandi operazioni chirurgiche. Ma per i piccoli canteri che si usano nelle operazioni rino-laringologiche credo di no. Qui io ho notato costantemente questo fatto: che, riscaldando il platino semplicemente fino al rosso, i tessuti bruciati gli aderiscono così tenacemente, che per ritirare lo strumento è necessario o portar via strumento ed èscara facendo così sanguinare il tessuto e togliendogli il vantaggio dell'azione protettrice dell'escara stessa; — oppure — quando l'ammalato lo permette, cioè quasi mai — lasciar freddare lo strumento e far passare di nuovo la corrente allo scopo di bruciare maggiormente la porzione di escara che aderisce al platino, e disimpegnarlo. D'altro lato — parlo sempre, s'intende, delle ordinarie cauterizzazioni rino-laringologiche — non mi è mai capitato, facendo riscaldare gli strumenti fino al bianco, di veder emorragie immediate o consecutive; mentre così si ha anche il vantaggio di cauterizzare rapidamente, ciò che è pur necessario, perchè malgrado la cocaina il malato non tollera che per brevissimo tempo l'impressione del calore, ed il più delle volte costringe con movimenti involontari il chirurgo ad interrompere il circuito e ritirare lo strumento.

Credo opportuno aggiungere qualcosa a proposito di altre indagini istologiche fatte da me, nel frattempo, circa questo caso. La diagnosi di sarcoma globo-cellulare era per me fuori d'ogni dubbio, ed era per di più avvalorata dal giudizio di persone più competenti. Ma, come clinicamente e macroscopicamente in questo caso era stato opportuno stabilire una diagnosi differenziale fra sarcoma ed ipertrofia del tessuto adenoide, naso-faringeo (cioè della così detta tonsilla faringea), così mi è sembrato opportuno fare tale distinzione anche dal lato istologico. Tale opportunità mi sembra non potersi mettere in dubbio: chiunque è pratico di cose istologiche sa quanta oscurità regni nel campo delle neoformazioni sarcomatose degli organi linfoidi e come spesso riesca difficilissimo distinguerle da altre alterazioni morbose degli organi in parola. Fortunatamente, il materiale per questo studio comparativo non mi mancava, avendo conservato varii frammenti di tessuto estirpato recentemente in casi tipici di vegetazioni adenoidi. Riferirò ora brevemente i caratteri differenziali. Premetto che circa alla consistenza, al colore, all'aspetto delle superfici di taglio dei pezzi freschi non saprei indicare criteri sia pure approssimativi di distinzione; invece nei pezzi induriti dall'alcool ho notato che nel sarcoma le superfici di taglio assumono un colorito più bianco che nelle vegetazioni adenoidi, in cui il colorito è leggermente roseo: del resto la consistenza e la compattezza del tessuto è press'a poco la stessa. La difficoltà di ottenere indurimenti adatti per avere tagli sufficentemente sottili, è comune ad ambedue i tessuti, perchè ambedue ricchissimi di cellule e con stroma scarso e reticolare. Invece sotto il campo del microscopio le differenz sono evidenti e tipiche. Nel sarcoma — s'intende, nel mio caso di sarcoma — le cellule sono in generale molto più grosse e nella grossezza vi è molta di ferenza fra le singole cellule: nelle vegetazioni adenoidi le cellule mantengon sia nelle dimensioni sia nella struttura, il carattere linfoide: sono piccole, un formemente piccole, con scarsissimo protoplasma e nucleo relativamente gros

e intensamente colorato dal carminio. Di più nelle vegetazioni adenoidi si trovano qua e là, sebbene talora si stenti ad incontrarne, dei follicoli linfoidi; per questa ricerca conviene sopra tutto l'esame dei preparati con piccoli ingrandimenti. Nel sarcoma si vedono alcuni vasi decorrere frammezzo alle cellule costituenti il neoplasma, costituiti da una sottilissima parete; nelle vegetazioni adenoidi le pareti vascolari sono più grosse e circondate da una guaina connettivale prodotta dall'addensamento dello stroma reticolare circostante. Dei caratteri distintivi delle vegetazioni adenoidi in via o in preda all'atrofia, caratteri già manifesti anche all'esame macroscopico, è superfluo tener parola.

Per finire dirò qualcosa sullo stato attuale del malato. La respirazione nasale si mantiene liberissima; l'udito buono; la cefalea non è più ricomparsa; emorragie non se ne sono più avute. Alla rinoscopia anteriore le cose rimangono come prima. Alla rinoscopia posteriore del tumore non si vede traccia. Le cicatrici lasciate dalle cauterizzazioni galvaniche sono visibili, ma non deformi. Se l'estirpazione del tumore è stata completa, ce lo dirà il tempo. L'importanza del caso, del resto, era soprattutto nella struttura del tumore e nella sede da cui era sorto; struttura e sede tali da poterlo con altissimo grado di probabilità designare come « Sarcoma primitivo della tonsilla faringea ».

Aperta la discussione sul lavoro del Dott. Belmondo, il Dott. Grazzi dice che nell'uomo pennellando la laringe e la faringe si ha difetto di motilità. I malati non possono deglutire e sembra loro di non potere muoversi.

Il Dott. **Belmondo** dice che anche dalle esperienze di U. Mosso sembra che la cocaina aumenti la eccitabilità dei nervi motorii. Per la laringe crede che sia sensazione speciale. Del resto questo fatto non ledeva affatto le esperienze comunicate.

Il Dott. **Oddi** ricorda che il lavoro del Dott. Baldi esclude l'azione della cocaina sull'azione motrice. Egli otteneva sempre reazione dal midollo spennellato largamente con cocaina. Il senso di strangolamento dopo le pennellature di cacaina alla gola, dipende dal fatto che si ha per essa larga iperemia, che dà la speciale impressione. Il Baldi ed U. Mosso han veduto che aumenta la eccitabilità delle fibre motrici.

Il Dott. **Rossi** crede che per la cocaina si possono spiegare i moti mancanti per paralisi delle terminazioni nervose, che non possono trasmettere la sensazione e procurare i moti necessarii.

Il Dott. **Grazzi** conviene in questa spiegazione.

Il Dott. **Bianchi** osserva che nelle esperienze compiute col Giorgeri vide injettando cocaina prima convulsioni cloniche, poi toniche.

Ricorda che nei malati la saturazione della cocaina si sorbe per inquietudine, moti coreici e convulsioni cloniche. La sensazione speciale dei malati, dice il Belmondo, dipende dalla coscienza della impossibilità di far movimenti, così il senso muscolare potrebbe dare tale sensazione.

Il Dott. **Rossi** crede utile conoscere se siano moti impediti o sensazione che veli il movimento.

Il Dott. **Grazzi** fa notare che è impedito il moto di deglutizione.

Il Dott. **Belmondo** cita esperienze del Dott. Aducco simili alle sua.

Il Dott. **Toti** dice che in pratica si vede prima lo spasmo, invece della dilatazione vasale.

Il Dott. **Belmondo** osserva che la dilatazione vasale è preceduta da spasmo.

Il Dott. **Grazzi** dà ragione al Toti: nella mucosa nasale e faringea è ischemizzata, si adopera in terapia, a tale scopo.

Il Dott. **Oddi** dice essere allora in casi patologici: e la cocaina togliendo il dolore sì che scema la sua irritazione e il gonfiore: in casi fisiologici la mucosa è normale e dà vaso-paralisi.

Il Dott. **Toti** conferma il fatto che la cocaina anche nei tessuti normali, come le membrane del timpano, agisce anemizzando.

Il **Presidente** riporta la discussione sulla questione del Dott. Belmondo. È possibile che possa nei diversi luoghi e in diverse condizioni produrre diverso effetto.

Il Dott. **Belmondo** aggiunge che non ha influenza il cervello, perchè gli animali anestetizzati e col bulbo sezionato han dato eguali resultati.

È aperta la discussione sulla lettura del Dott. **Toti**. Nessuno domandando la parola la seduta è sciolta alle ore 10 pom.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Aurelio Bianchi.

ADUNANZA DEL 20 MAGGIO 1890.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Presidente*.

Sono presenti i soci: S. Bianchi, Grazzi, Mattei, Faralli, Belmondo, Oddi, Montalti, Rossi, A. Bianchi, Guidi, Gabbi, Boncinelli, Sacchi.

L'adunanza è aperta alle ore 8 ½ pom.

A complemento del processo verbale della seduta precedente il Dott. **Belmondo** ricorda che il Toti disse produrre ischemia la cocaina adoperata sui tessuti irritati. Egli invece ha veduto che pennellando con cocaina le mucose del cane, si ha vaso-paralisi, non ischemia. — Invita quindi i laringologi a studiarne l'azione.

Grazzi ringrazia e conferma che la cocaina agisce anemizzando e contraendo i tessuti: difatti giova nell'asma nasale.

Belmondo dice che la dose adoperata da lui è del 10 %, mentre quella adoperata dal Grazzi è del 5 %.

Bianchi A. conferma l'azione ischemizzante e contraente della cocaina nella tonsillite infettiva e nelle congiuntiviti acute.

Rossi crede che debba tenersi conto della ricchezza di innervazione delle regioni pennellate con cocaina.

Luciani conferma la esperienza del Belmondo, crede che la dose influisca molto sui resultati e che la dose forte adoperata in fisiologia impedisca di vedere il periodo di paralisi precedente lo spasmo.

Oddi ha la parola per la sua lettura sopra le variazioni della escrezione polmonare.

Bianchi S. pure ha la parola: presenta due anomalie ossee.

Bianchi A. ricorda che fino dal Novembre decorso iniziò una serie di osservazioni igroscopiche sui malati allo scopo di studiare la eliminazione del vapore acqueo nei diversi momenti della malattia e della terapia. Adoperò perciò degli igrometri muniti di una campana di vetro che li poneva al di fuori dell'influenza dell'aria esterna e solo in contatto con la parte esaminata. Trovò notevoli modificazioni nella eliminazione del vapore acqueo per la cute e allora si decise a vedere i rapporti di essa con l'eliminazione del vapore acqueo, per la bocca.

Dice delle osservazioni fatte nella febbre etica e nel bagno a vapore. Ricorda un igrometro di precisione che costruisce il Prof. Papasogli.

Luciani chiede che il Dott. Oddi ponga in rapporto con la dottrina della produzione del calore i suoi studi.

Oddi dice che crede il sistema nervoso centrale come regolatore degli scambi chimici e nutritivi dell'organismo. Prima si credeva che il sistema nervoso avesse centri regolatori della temperatura e del trofismo. Studi di Baldi, Mosso e Luciani mostrarono che i due fatti dipendono dal complessivo sistema nervoso: è tutto l'insieme che aumentando lo scambio dei tessuti e l'attività cellulare aumenta la temperatura. Oddi crede che a bassa temperatura il sistema nervoso ecciti gli scambi cellulari, ad alta li diminuisca.

Luciani prima di terminare propone che siccome uno dei soci corrispondenti, il Fraenkel, vecchio di 75 anni, benemerito delle scienze italiane, alla fine di Maggio compie il suo giubileo dottorale, che in Germania si festeggia come festa di famiglia, l'Accademia lo autorizzi a mandargli lettere gratulatorie.

Si approva alla unanimità.

L'adunanza è levata alle 10 $^1/_2$ pom.

Il Presidente
Prof. L. Luciani.

Il Segretario
Dott. Aurelio Bianchi.

ADUNANZA DEL 28 GIUGNO 1890.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *Presidente*.

Sono presenti i soci Professori Coppola, Paoli, Banti ed i Dottori Oddi, S. Bianchi, Belmondo, Grazzi, Pardo, Toti, Montalti, Rossi, Kurz, Gabbi, Vanzetti, Sacchi.

L'adunanza è aperta alle ore 8 ½ pom.

Letto il processo verbale dell'ultima seduta il Dott. Oddi fa osservare che il verbale stesso è troppo breve ed in molte parti poco chiaro.

Il **Presidente** annunzia che la signora Marietta Bini vedova Tafani ha inviato all'Accademia una grande e bellissima fotografia del compianto Professore: gli Accademici attestano la loro gratitudine per il prezioso dono deliberano, dietro proposta del Presidente, ad unanimità che il ritratto venga collocato nella sala delle adunanze.

Il Presidente presenta una domanda del Dott. Marcacci, bibliotecario dell'Accademia, per far spese necessarie per il collocamento dei libri. Il Presidente fa la proposta di autorizzare il Dott. Marcacci a far le spese indispensabili sulla base del preventivo 1889-90, già approvato, e venne accettato dai soci all'unanimità.

Viene letta una lettera di ringraziamento del Prof. Coppola per la sua nomina a Consigliere. Un'altra lettera del Dott. Tommasi con la quale chiede le sue dimissioni non potendo più intervenire alle adunanze per il giorno e per l'ora in cui sono indette. Il Presidente ricorda che solo in via di esperimento fu stabilito di tener le adunanze di sera e ne'giorni feriali e che non è improbabile si debba ritornare presto alle vecchie consuetudini e che perciò le dimissioni del Dott. Tommasi non si debbano accettare. Al Prof. Luciani si associa il Dott. Rossi rammentando che il Dott. Tommasi è sempre stato uno dei soci più attivi.

Dietro proposta del Presidente vien nominato ad unanimità socio corrispondente il Prof. Giarrè che ha chiesto la sua dimissione a socio effettivo essendo stato traslocato a Milano.

Il Dott. **Giorgeri** chiede per lettera le sue dimissioni senza motivarle.

COMUNICAZIONI

Il Dott. **Toti** legge la sua comunicazione *sulla resezione dell'apofisi mastoidi in un caso della forma descritta da Bezold di mastoite secondaria a suppurazione all'orecchio medio.*

Il Dott. **Gabbi** prima di leggere la sua comunicazione *di un microorganismo trovato nelle orine filanti*, dichiara che non essendo presente l'as-

sistente Coronedi non potrà dare schiarimenti nella parte chimica della sua comunicazione.

Il Dott. **Belmondo** espone: *Sulle modificazioni dell'eccitabilità corticale indotte dalla cocaina.*

Dal **Presidente** viene aperta la discussione sulle comunicazioni fatte.

Viene accordata al Prof. **Banti** la parola. Siccome in alcuni animali l'inoculazione produce l'orina filante e nell'orina si ritrovano i bacilli, Egli domanda al Dott. Gabbi, se il passaggio dei bacilli stessi dal sangue nell'orina avvenga senza una lesione renale riconoscibile, oppure si determinino nel rene alterazioni come emorragie, nefriti ecc. »

Risponde il Dott. **Gabbi** che non ha ancora fatte analisi microscopiche dei reni, ma crede che intervenga una lesione renale per il fatto che nell'orine si ritrova l'1 per 1000 di albumina. Ricorda che Sanna-Salaris e Malerba trovarono per sin delle alterazioni renali in quegli animali nei quali fecero per via sottocutanea dell'injezione delle culture pure del bacillo.

Il Prof. **Luciani** si augura che gli studi clinici vengano continuati e completati. Dice che il Dott. Coronedi ha trovato nell'orine diminuzione dell'azoto e del fosforo, ed aumento del cloro e lega questi fatti con alcuni consimili riscontrati nel Succi.

Il Prof. **Coppola** conferma che vi è nell'orina una sostanza organica clorurata, la quale lascia libero il cloro dietro alterazioni renali, e ammette con probabilità che l'azione del bacillo possa mettere in libertà il cloro combinato con queste sostanze organiche.

Il Dott. **Rossi**, domanda al Dott. Belmondo schiarimenti nell'intima connessione delle cellule nervose per mezzo del loro prolungamento, riferita dal Dott. Belmondo stesso, e lo prega di esporgli in modo più chiaro quanto su questa parte è venuto dicendo.

Il Dott. **Belmondo** risponde che ha dato soltanto in via di probabilità quanto ha asserito e conviene col Dott. Rossi e col Prof. Luciani che nell'intimo nesso degli elementi cellulari dei centri nervosi fra di loro non sia stata detta ancora l'ultima parola.

Il Dott. **Rossi** ringrazia, e solamente gli premeva fossero messe in chiaro certe cose annunziate con troppa sicurezza.

Il Dott. **Gabbi**, avendo avuto occasione di assistere ai primi momenti di un avvelenamento per cocaina ed avendo visto delle potenti convulsioni domanda se queste possono dipendere da una azione del veleno nei centri motori.

Il Prof. **Coppola**, fa osservare che le convulsioni sono di origine spinale.

Il Dott. **Belmondo** dice che il Thumas ha anche injettato direttamente la cocaina nel sangue, però in questo caso prima di spiegare la sua azio[ne] specifica nel sistema nervoso, si manifestano i sintomi dell'avvelenamento [ge]nerale che sarebbero appunto quelli descritti dal Dott. Gabbi.

Il Prof. **Coppola** ammette che sia difficile stabilire l'azione specifica del[la] cocaina applicata direttamente nella corteccia cerebrale, poichè i fenome[ni] che si verificano, non si può dire con certezza, se sieno dovuti ad un'azio[ne]

fisiologica del farmaco nella funzionalità della corteccia cerebrale o ad una modificazione chimica della medesima.

Il Dott. **Belmondo** crede che il modo di esperimentare del Thumas non potesse dare buon resultato avendo sempre adoperato o soluzioni troppo deboli, o troppo forti.

Il Dott. **Toti** domanda spiegazione nell'azione della cocaina nelle muccose.

Il Prof. **Luciani** risponde, che l'azione si estrinseca nelle terminazioni nervose positive e così l'azione motrice viene eliminata secondariamente.

Il Dott. **Oddi** domanda al Prof. Coppola se si può con certezza affermare che l'azione chimica della cocaina nella corteccia cerebrale si verifichi sempre.

Il Prof. **Coppola** risponde che non si può sempre con sicurezza affermare, ma è molto probabile che si verifichi.

La seduta è tolta alle ore 10 $^{3}/_{4}$ pom.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Stanislao Bianchi.

ADUNANZA DEL 7 DICEMBRE 1890.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *presidente*.

Sono presenti i Soci effettivi: S. Bianchi, A. Bianchi, Tommasi, Celoni, Gabbi, Mattei, Rossi, Oddi, Faralli, Toti, Banti, Marcacci, Levier, Guidi, Sacchi — li aggregati: Franceschi, Prosperi e Gelli.

L'adunanza è aperta alle ore una e un quarto pomeridiane.

Letto ed approvato il processo verbale, circa il ritardo della pubblicazione dei rendiconti, il Presidente osserva che occorrerebbe fossero essi inviati subito alla stampa.

Il **Kurz** invia una lettera d'invito alle sue esperienze col metodo Koch nella poli-ambulanza chirurgica.

Il Prof. **Luciani** legge la commemorazione del Prof. Coppola e ne enumera i lavori.

Il Dott. **Bianchi** legge una sua memoria sull'*esame dell'area del contenuto gastrico.*

La breve memoria che oggi vi presento è la continuazione di quella su cui intrattenni l'accademia due anni or sono intorno al metodo di esame del'area del contenuto gastrico. È quindi il resultato di osservazioni cliniche di due anni.

Le osservazioni possono dividersi in due serie: quelle sul sano e quelle sul malato. Col metodo di esame allora descritto potevo limitare esattamente l'area gastrica corrispondente a quella occupata dal contenuto liquido o solido dello stomaco, e l'area gastrica corrispondente a quella occupata solo dai gas. Quindi ho potuto studiare non solo le variazioni nella quantità di contenuto gastrico solido o liquido, ma anche quelle nella quantità dei gas.

Nelle esperienze sull'uomo sano ho studiato la influenza dell'alimentazione, e della posizione del paziente sopra il tempo impiegato dallo stomaco nello svuotarsi e sopra il rapporto nei diversi momenti della digestione fra i gas ed il lobo alimentare.

Nel sano ho studiata la alimentazione mista e la esclusiva: questa composta solo di liquidi o di solidi. Il latte, il brodo, la cioccolata, il caffè il vino fra i liquidi; le uova, la carne di pollo o di manzo lessa e arrostita, le erbe cotte e crude, le patate, fra gli alimenti solidi. Tutti questi esperimenti furono fatti tenendo il paziente durante la digestione in posizione eretta, facendo pure l'esame in posizione eretta ogni quarto d'ora e permettendogli negli intervalli di passeggiare. Per la rapidità di passaggio, i liquidi vennero nella [illegible] guente scala: caffè, vino, brodo, cioccolata, latte: per la quantità di gas [illegible] luppato caffè, cioccolata, vino, brodo, latte. I solidi per la rapidità di passag[illegible] si posero nella seguente scala: uova, carne di pollo, carne di manzo, erbe c[illegible] patate. Per lo sviluppo di gas, carne di pollo, di manzo, patate, erbe c[illegible]

nova. Mescolando all'alimento solido il liquido si accelerava il periodo della digestione, ma aumentava lo sviluppo dei gas. Circa l'influenza della posizione si osservò che quella sul lato destro accelerava e quella sul sinistro ritardava il passaggio del lobo alimentare: però nella prima aumentava la camera di gas, nella seconda diminuiva.

I malati studiati in proposito sono stati quelli affetti da catarri gastrici cronici, da dilatazioni e atonie, da carcinomi pilorici duri e colloidi, e da altre forme morbose, che oggi non ricorderò.

In tutti questi casi, ad eccezione dei carcinoma colloidi vidi sempre ritardato il passaggio del lobo e aumentata considerevolmente la camera di aria.

L'alimentazione esclusiva del latte fu accelerata dall'uso degli alcalini, ritardata da quello degli acidi, in seguito ai quali si aveva abnorme sviluppo di gas.

Si osservò in oltre che la stazionarietà del lobo nello stomaco era potente in certi catarri gastrici, utilissima nei carcinomi duri pilorici ed anzi si verificò il fatto che si ebbe talora un aumento progressivo dell'area del contenuto gastrico solido o liquido per le secrezioni morbose ad esso commiste.

Oggi non mi estenderò maggiormente sull'argomento, perchè mi riserbo di farne completa e minuta pubblicazione.

Ho voluto solo ricordare la importanza pratica di un metodo di estrema facilità e che permette, senza ricorrere a mezzi scientifici molto più difficili ad attuarsi e a possedersi dai pratici, di avere una esatta e precisa indicazione di quel che avviene nella cavità gastrica durante i maravigliosi fenomeni della digestione.

Il Dott. **Oddi** legge una sua comunicazione sull'*influenza del lavoro muscolare sul complessivo scambio respiratorio.*

Egli rammenta di aver comunicato nel Giugno scorso all'Accademia i risultati delle sue ricerche sull'influenza della temperatura sul complessivo scambio respiratorio. Aggiunge di aver continuato tali ricerche e di avere studiato altri agenti che possono spiegare la loro influenza sullo scambio respiratorio. Per ora egli intende soltanto di occuparsi del lavoro muscolare.

Non intende di rammentare i numerosissimi lavori dei quali è ricca la letteratura su questo argomento: dice soltanto che tutti quelli che si occuparono dello studio della respirazione, non trascurarono di indagare l'influenza del lavoro muscolare.

Asserisce di essersi messo in condizioni diverse da tutti gli altri, poichè non ha eccitato artificialmente gli animali in esperimento a lavorare ma si è valso di due topi, dei quali, per loro natura, uno era quietissimo l'altro irrequietissimo.

Collo stesso apparecchio del Prof. Luciani e Piutti appositamente modificato e colle stesse norme sperimentali già più volte rammentate egli ha potuto ottenere i seguenti risultati:

Per il CO^2 ha trovato che il topo tranquillo emette in *media* per ogni ora, e per ogni chilogrammo di peso gr. 8,387. Mentre il topo irrequieto ne emette gr. 10,365: durante il lavoro quindi per ogni ora di ricerca e per ogni chilogrammo di peso si emette in più di CO^2 gr. 1,978. Fa notare che il peso

dei due topi era pressochè uguale e che anzi il peso del topo irrequieto superava di poco il peso del topo quieto.

Per H^2O emessa ha trovato che il topo tranquillo nello stesso tempo e per la stessa unità di peso emette gr. 4,149, ed il topo irrequieto gr. 7,882. Durante il lavoro si ha quindi un aumento nell'eliminazione dell'acqua di gr. 3,733.

Per l'O nelle stesse condizioni ha trovato che il topo tranquillo ne consuma gr. 7,978 ed il topo irrequieto gr. 9,052. Durante il lavoro quindi il consumo dell'O aumenta di gr. 2,073.

Per il deficit in peso ha ottenuto nel topo tranquillo una diminuzione di gr. 4,392, e nel topo irrequieto di gr. 9,372: durante il lavoro si ha una perdita in peso maggiore che durante la quiete e la differenza considerevole è di gr. 4,979.

Per il quoziente respiratorio ha ottenuto delle cifre molto più elevate durante il lavoro che durante la quiete: incerte per il quoziente respiratorio. Ciò dimostra che durante il lavoro muscolare si consumano a preferenza le sostanze idrocarbonate per la combustione delle quali si forma una quantità di acqua maggiore che per la scomposizione delle sostanze albuminoidi. Egli termina dicendo che i suoi esperimenti confermano i risultati del Monti e dello Zuntz e sono in contradizione con le recenti conclusioni dell'Argutinsky che vorrebbe ammettere principalmente nel lavoro muscolare si verificasse la scomposizione delle sostanze albuminoidi.

Il Dott. **Toti** legge una sua comunicazione: *corpo estraneo nella trachea di un bambino di un anno e mezzo. Estrazione per mezzo della tracheotomia.* —

Egli dà principio alla sua comunicazione con un parallelo fra la Chirurgia estralaringea (broncotomia) e la endolaringea in varii gruppi di malattie e lesioni laringo-tracheali, e più specialmente nel gruppo dei neoplasmi laringei maligni e benigni, in quello delle stenosi croniche ed in quello dei corpi estranei. Rammenta i due casi di Schnitzler e di Fränkel, di estirpazione radicale di cancroidi laringei per la via naturale; l'estirpazione di un polipo laringeo fatta durante la narcosi per la prima volta da Schnitzler in un bambino di 8 anni; la prima estrazione per le vie naturali di un corpo estraneo del laringe di un bambino di 22 mesi cloroformizzato (Jurasz, 1886); altra consimile fatta poco dopo da Schäffer di Brema in indentiche condizioni; la proposta fatta dagli americani Meltzer ed O' Dwyer di applicare l' intubazione anche in casi di corpi estranei nella trachea. Fa notare come la data di questi notevoli progressi della chirurgia endolaringea presenti un curioso rapporto cronologico con la prima operazione di laringotomia fatta per corpo estraneo della laringe dal francese Desault, appunto un secolo fa (1788).

Entrando a parlare del suo caso ne racconta in brevi tratti la storia dimostra come qui l'asfissia avanzata non permettesse altri tentativi all' fuori di una rapida esecuzione della tracheotomia la quale fu da lui fatta n locali della Medicheria esterna di S. M. Nuova, coll'assistenza dei Dott Marinelli e Ciuti. Appena aperta la trachea, fu visto il corpo estraneo dura

la fase espiratoria affacciarsi ai margini della ferita; dilatata un po' l'incisione il corpo estraneo, (nocciola del Giappone) venne espulso da un violento colpo di tosse, e cadde sul pavimento.

Il bambino guarì rapidamente.

Si apre la discussione sulla memoria Bianchi: nessuno domanda la parola.

Lo stesso avviene sulla memoria Oddi.

Sulla memoria Toti parla il Dott. **Sacchi**. — Egli dice che i progressi della chirurgia endolaringea sono solo alla portata degli specialisti e quindi per ciò che riguarda i corpi estranei della trachea, l'azione esterna avrà sempre il suo valore come prima lo aveva. — Se si pensa che gli accidenti per corpo estraneo, sono quasi sempre istantanei e possono mancare quindi strumenti e capacità al sanitario di eseguire l'asportazione endolaringea, gli sembra la tracheotomia più facile e più accessibile. Tanto è vero che anche il Dott. Toti ricorse piuttosto alla tracheotomia. Gli svantaggi addebitati alla tracheotomia derivano dal fatto che spesso il corpo estraneo è nella laringe o nei ventricoli laringei e siccome la tracheotomia superiore è più facile e prossima alla sede del corpo estraneo, è causa che la ferita reca talora conseguenze per la funzionalità dell'organo vocale. Crede che quindi si debba preferire, anche in questi casi, la tracheotomia pura.

L'altra causa di discredito è dovuta alle manovre che si fanno per la estrazione dei corpi estranei. Per lo più, aperta la trachea, si cerca di prendere il corpo estraneo quando si presenta all'apertura: ciò può recare lacerazioni e danni alla muccosa. — Tali danni possono però evitarsi adoperando strumenti semplici, come le cucchiajette del Roy.

Quindi la chirurgia estralaringea conserva sempre i suoi vantaggi sopra la endolaringea.

Il **Toti** dice che aveva cercato di mantenere il loro valore alle manovre esterne. Insisterebbe però nella distinzione fra i casi in cui il corpo estraneo dà fenomeni gravi istantanei e allora vi è indicazione alla tracheotomia: e nei casi benigni; in cui si può ricorrere da prima a mezzi endolaringei.

Non essendovi altro da dire, la seduta è chiusa alle due e mezzo pom.

Il Presidente
Prof. LUIGI LUCIANI.

I Segretarii degli Atti
Dott. AURELIO BIANCHI
Dott. STANISLAO BIANCHI.

ADUNANZA DEL 28 DICEMBRE 1890.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *presidente.*

Presenti: Luciani, S. Bianchi, A. Bianchi, Kurz, Mattei, Zannetti, Oddi, Lustig, Banti, Gabbi, Paoli, Bajardi, Grazzi, Vecchietti, Gelli, Toti, Giarrè, Baldi, Crapols, Franceschi, Puritz, Malenchini, Chiarugi, Pieragnoli, Levier, Guidi, Prosperi, A. Paggi, Billi e Sacchi.

L'adunanza è aperta alle 1 $^1/_4$ pom.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente adunanza, si passa allo esaurimento dell'ordine del giorno.

Manca il Dott. Rossi.

Il Dott. Kurz prende la parola *sui resultati della cura Koch.* Non può dire che dei resultati ottenuti dal 4 al 22 Dicembre, resultati da comunicarsi a grandi tratti. — Non dirà delle iniezioni ormai note: furono fatte a scopo curativo e diagnostico col Vanzetti e altri colleghi. Nelle ore antimeridiane principiando da 1 mg. Ogni malato era sorvegliato a domicilio da uno o più medici:

Si cominciò da sperimentare in persone sane. — Il Dott. Fani, sano, sperimentò su sè con 1 a 2 mg. con resultato negativo: in tubercolosi ossea e polmonare la reazione generale e locale si ebbe sempre con dosi eguali. Un malato di eczema cronico creduto *lupus* non ebbe nulla. Nelle tubercolosi locali la febbre è bassa benchè la reazione sia alta. Un malato di catarro cronico degli apici con 1 a 3 mg. nulla ebbe: nell'escreato mancarono bacilli.

Altro caso con restrizione toracica per precedente pleurite e catarro cronico; nessuna reazione. — Una giovane con glandule al collo ed emottisi ebbe reazione fortissima generale con iniezione di 1 mg.

In un caso di incipiente tubercolosi si ebbero resultati miti. In altro caso di tubercolosi avanzata si ottennero reazioni forti. In un bambino di anni 8 con glandula ascellare suppurata, operata e con lungo sino fistoloso si fecero iniezioni da 1 a 2 mg. con resultati locali e generali buoni. — Un malato di fistola per tubercolosi della parte anteriore del sacro e di una costa ebbe sempre reazioni generali e locali importanti. Dopo 24 iniezioni (due cg.) non produssero più effetto. Si ebbe miglioramento nella condizione degl'impiagamenti. In un caso di *lupus* portato dal Dott. Giunti di San Piero a Sieve — dopo le iniezioni si aveva piccola reazione generale e grande reazione locale.

Effetti generali: febbre di rado a 40°, preceduta da brividi leggeri: [illegible] mito in un solo caso: sempre appetito e sonno buoni anche nel colmo d[illegible] febbre. Orina aumentata: mai albumina: talora copia di urati: talora aume[illegible] di peso: talora diminuzione. La reazione venne dopo le piccole dosi 1 n[illegible] dopo 10 o 12 ore da prima; dopo dosi più alte da 15 mg. 2 cg. la reazi[illegible] venne dopo 6 o 8 ore. —

L'elevazione termica scemava con l'aumento della dose: talora si aveva reazione locale e non generale: quella locale si manifestava prima della elevazione termica e non in relazione diretta con questa. Lo stato generale quasi normale: aumentava il calore locale, con bruciore e dolore. I prodotti più giovani della tubercolosi sembrano i primi ad essere colpiti: nel lupus i punti rossi venuti dopo la 1ª iniezione sono scomparsi senza ulcerarsi e senza lasciare traccia. Guariscono per necrobiosi e assorbimento. Il Lister dice che non crede sempre necessario l'intervento chirurgico nei processi tubercolari, essendo persuaso che i prodotti morbosi per l'azione del liquido del Koch possono essere asportati come il Catgut.

Le injezioni furono facili: si preferì lo schizzetto di amianto a quello del Koch. nella pelle disinfettata con alcool mai si ebbero ascessi. La 1ª injezione sola produsse in alcuni lieve dolore e rossore della pelle: le successive non dettero altro sui medesimi individui. In altri non si manifestò mai. I dolori dopo le injezioni furono miti. Nessun inconveniente successivo. La cura del Koch, con precauzioni, è innocua. La questione delle recidive è ancora da risolversi.

Crede che il liquido del Dott. Koch sia buon medicamento per scoprire e curare la tubercolosi. Circa la natura e il modo di azione può dirsi che non è un veleno, perchè le dosi nei malati non hanno azione sui sani; non è analogo alla vaccinazione perchè non produce sintomi simili alla malattia stessa. È cosa del tutto nuova.

Fa vedere lo schizzetto, la linfa e i malati.

Il Dott. **Carlo Giarrè** legge la relazione delle osservazioni fatte durante il suo soggiorno a Berlino e a Vienna pel nuovo metodo di cura della tubercolosi del Prof. Koch. Non crede opportuno fare ipotesi sulla composizione della linfa tuttora ignota, nè trattenersi lungamente sulla tecnica della cura, che consiste in una semplice iniezione sottocutanea. Parla delle diverse cliniche e di molti spedali, che ha visitato per constatare gli effetti della nuova cura sopra un gran numero di ammalati, e dopo aver premesso che parecchi casi, alcuni dei quali ha potuto osservare di persona, han dimostrato che l'efficacia diagnostica del nuovo rimedio non deve ritenersi così assolutamente dimostrata e costante, come vorrebbe il Prof. Koch, passa a riferire brevemente la storia di varii ammalati delle cliniche dei Prof. Bergmann e Gerhardt.

Cita dapprima 8 casi di *lupus*, presentandone le tabelle termometriche, ne fa rilevare le particolarità più interessanti, ne descrive la reazione generale e locale, e accenna alla possibile neccessità di operazioni chirurgiche per completare o accelerare la guarigione del *lupus*.

Riferendo poi alcune osservazioni di tubercolosi delle glandole, delle ossa e delle articolazioni dimostra quanta incertezza vi sia ancora negli esiti ottenuti e nella scelta dell'epoca più opportuna per intervenire chirurgicamente in simili casi. — Prima di lasciare l'argomento delle tubercolosi locali, crede utile richiamare l'attenzione dei colleghi sopra alcuni disturbi gravi, che si possono avere anche in simili casi usando fin da principio dosi di linfa assai elevate come quelle, che ha riferito, e cita fra gli altri il caso di morti avvenute ad Innsbruck per l'iniezione di 2 soli milligrammi e un caso della clinica

del Gerhardt, in cui per le inoculazioni di $1/2$ centigrammo si ebbero gravi fenomeni generali e l'insorgere inaspettato di forte reazione polmonare. — Presenta poi le cartelle termometriche di altri 6 ammalati della clinica del Gerhardt le quali dimostrano le dosi del rimedio adoperato e il modo di comportarsi della reazione generale nelle tubercolosi polmonari; accenna alle reazioni locali che si sono osservate in queste forme e in quelle laringee, nota esser prematuro ogni giudizio sull'efficacia terapeutica della linfa in questi casi, e narra più per esteso la storia di due ammalati, di laringite polmonare con infiltrazione degli apici l'uno, di faringite tubercolare con incipiente tubercolosi polmonare l'altro, nei quali durante la cura si ebbe ad osservare un sensibile peggioramento. Rammenta infine tre necroscopie alle quali ha avuto occasione di assistere, e ne deduce, che se è sempre dubbia l'efficacia terapeutica nelle tubercolosi polmonari incipienti, è oramai accertato che in quelle avanzate è miglior partito astenersi dalla cura del Koch.

Il **Presidente** apre la discussione sopra le due comunicazioni: nessuno domandando la parola, il Presidente parla circa l'opinione del Lister. Osserva che siccome il metodo non attacca la vitalità del bacillo, non capisce come possa riassorbirsi il tessuto mortificato, senzachè il bacillo così liberato infetti i tessuti sani.

Kurz dice che i bacilli se non uccisi, sono in parte alterati: l'opinione del Lister è fondata su esperienze sue: nel tumor bianco ha visto gonfiarsi l'articolazione e poi a poco a poco tornare al normale. Sembra che i tessuti di tubercolosi più giovani possano guarire per assorbimento senza recare danno all'organismo. È da provarsi se i bacilli viventi non possano dare nuove infezioni e se una cura continuata o intermittente non possa giovare.

Presidente crede unica tale interpretazione: può essere che i bacilli per disturbo di nutrizione si distruggano e muojono. Speriamo che gli ulteriori esperimenti chiariscano le ipotesi emesse. Fino ad ora l'opinione non si è fissata in un senso o sull'altro. Molti sono i dubbiosi e tuttora si dice in proposito qualcosa: un giudizio definitivo non si può formulare, perchè quasi in ogni caso e ogni giorno si fanno ancora osservazioni. È mezzo squisito di diagnosi, ma può lasciarci in dubbio perchè la sua azione non si esplica nei limiti stessi, nè è costante. Nelle forme esterne è sperabile buono, nella tisi polmonale si han miglioramenti di sintomi speciali, ben lungi però da guarigione completa.

Nello Spedale Urban le injezioni recarono 2 meningiti tubercolari ed il Gerhardt, dopo le injezioni, ebbe caverna ed emottisi con esito letale. Altro paziente sarebbe morto per grande emorragia intestinale.

Il Prof. **Bajardi** comunica che si faranno esperienze nella Clinica pediatrica e che invita ad esse i colleghi.

La seduta è levata alle ore 2 e mezza pom.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

I Segretarii degli Atti
Dott. Aurelio Bianchi
Dott. Stanislao Bianchi.

CONSIGLIO ACCADEMICO PER L'ANNO 1891

LUCIANI Prof. LUIGI	*Presidente*
LUSTIG Prof. ALESSANDRO	*Vice-Presidente*
CHIARUGI Prof. GIULIO	»
ODDI Dott. RUGGERO	*Segretarii degli Atti*
ROSSI Dott. UMBERTO	*Segretarii degli Atti*
BIANCHI Dott. AURELIO	*Segret. delle corrispond.*
GABBI Dott. UMBERTO	*Consiglieri*
BUFALINI Prof. GIOVANNI	*Consiglieri*
BAJARDI Prof. DANIELE	*Consiglieri*
CRAPOLS Dott. VINCENZO	*Consiglieri*
TURCHINI Dott. GIUSEPPE	*Consiglieri*
FEDERICI Prof. CESARE	*Consiglieri*

BARGIONI Dott. GUSTAVO	*Cassiere*
MARCACCI Dott. GIORGIO	*Bibliotecario*

ADUNANZA PUBBLICA DELL' 8 FEBBRAIO 1891

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

Sono presenti i soci: Gabbi, Rossi, Bianchi, A., Toti, Zannetti, Malenchini, Puritz, Baiardi, Chiarugi, Mattei, Banti, Oddi, Franceschi Lavinio, Bargioni, Guidi, Lustig, Sacchi, Luciani.

La seduta è aperta alle ore 1 ½ pom.

Il Segretario Dott. **Aurelio Bianchi** legge il verbale della precedente adunanza.

Ha quindi la parola il Dott. **Umberto Rossi** che parla intorno al *nucleo nelle uova dello « Spelerpes fuscus » o « Geotriton fuscus. »*

Il Dott. **Toti** presenta poi un giovinetto di 15 anni da lui operato di tracheotomia in seguito ad una asfissia acuta da pericondrite laringea sopravvenuta al quarto giorno della convalescenza da una febbre tifoidea e prende argomento da questo caso per esporre a modo di comunicazione preventiva, alcune impressioni ricevute ed osservazioni fatte sui malati e sui cadaveri tifosi esaminati durante la recente epidemia nei turni dell'ospedale di S. M. Nuova e nell'Istituto Anatomo - Patologico.

Prende quindi la parola il Dott. **Aurelio Bianchi** che fa una succinta istoria delle condizioni etiologiche, cliniche, e terapeutiche osservate nelle febbri infettive avute in cura nell'Arcispedale di S. M. Nuova nei mesi di Dicembre 1890, e Gennaio e Febbraio 1891.

Dopo di che, la seduta pubblica è dichiarata chiusa, ed aperta quella privata.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

I Segretari degli Atti
Dott. Umberto Rossi
Dott. Ruggero Oddi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 10 MAGGIO 1891

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *Presidente*.

Sono presenti i soci: Sig. Dott. Guidi, Cocchi, Giarrè, Oddi, Barbacci, Rossi, Dionisi, Bianchi A., Gabbi, Lustig, Puritz, Malenchini, Toti, Chiarugi, Sacchi.

La seduta è aperta alle ore 12 ½ merid.

Il Segretario dà lettura del verbale della precedente adunanza.

Il Presidente dà la parola al Dott. **Bianchi**, il quale legge la sua comunicazione dal titolo: « *Studi comparativi sull'alimentazione dei bambini nelle classi agricole in Italia.* » —

Il Presidente dà poi la parola al Dott. **Rossi** il quale parla sopra alcune osservazioni di *basiotico* o *prebasiocipitale*.

Il Presidente apre la discussione sulle due comunicazioni. — Nessuno domandando la parola, si passa a discutere sul 3° oggetto dell'ordine del giorno ossia sulla nomina della Commissione giudicatrice del Concorso al premio Galligo.

Il Presidente dà lettura degli Articoli dai quali risulta che spetta a lui la nomina della Commissione. — Egli dichiara di nominare i professori BAIARDI, — LUSTIG, — FEDERICI. —

Dà incarico al Segretario di comunicare ai due membri assenti (Baiardi e Federici) la loro nomina.

I lavori presentati al Concorso sono 5 e vengono consegnati dal Presidente al Prof. Lustig.

Dopo di che l'Adunanza è chiusa.

Il Presidente
Prof. LUIGI LUCIANI.

I Segretarii
Dott. RUGGERO ODDI
Dott. UMBERTO ROSSI.

ADUNANZA DEL 21 GIUGNO 1891.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Presidente*

Sono presenti i soci: Luciani, Gabbi, Barbacci, Oddi, Bianchi, Lo Monaco, Gelli, Vecchietti, Mattei, Rossi, Dionisi, Staderini, Toti, Celoni, Sacchi.

Si legge il verbale della seduta precedente. Avanti di approvarlo il Presidente, Prof. Luciani, propone che la parte riguardante la vertenza Kurz e Giarrè, venga omessa nella stampa dei rendiconti. Il Dott. **Gabbi** propone di rimandare la proposta al termine della seduta nella speranza che arrivi ancora qualche altro socio. Dopo ciò ha la parola il Dott. Gabbi che parla « *Sulla prova della mobilità degli essudati pleurali sierosi liberi.* » Ricerche fatte in collaborazione con il Dott. Biondi.

La questione della mobilità degli essudati pleurali, risoluta in maniera nettamente contradditoria dai diversi autori, ha molta importanza non solo dal lato scientifico, ma anche dal punto di vista pratico, in quanto fu data come uno dei criteri diagnostici fra essudato libero ed essudato saccato o infiltrazione polmonare. Anche lo Stranch ed il Rovighi che sono stati gli ultimi ad esporre le loro idee sull'argomento non sono affatto in accordo perchè mentre il primo constatò con la percussione la mobilità del versamento in un caso su 20; il secondo la ebbe a ritrovare in 14 su 40. Ed ambedue facevano passare il malato dalla posizione seduta a quella bocconi, mettendosi così in condizione da provocare un notevole spostamento del liquido, ammesso che questo realmente si sposti. Noi abbiamo creduto di poter risolvere la questione con una puntura esplorativa. L'abbiamo praticata in quattro casi tenendo il malato seduto ed abbiamo estratto un po' di liquido. Si è fatto poi mettere il malato sui ginocchi e sulle gomita con la testa più bassa delle natiche (posizione che noi diciamo «*genu-bocconi*) » ed abbiamo dopo brevi scosse inferte alla parete toracica fatta un'altra aspirazione. E mentre, come dicemmo, con la prima puntura abbiamo ottenuto un liquido sieroso, nella seconda posizione l'aspirazione è riuscita sempre infruttuosa. Così si aveva la dimostrazione obbiettiva dello spostamento del liquido, mentre i limiti di ottusità rimanevano invariati.

Terminata la comunicazione dei Dott. Gabbi e Biondi prende la parola, anche a nome del Dott. Lo Monaco, il Dott. **Oddi**, per esporre i risultati di ricerche praticate nei cani, « *sull'assorbimento del ferro inorganico.* »

Egli comincia a dire che punto di partenza delle loro ricerche furono gli esperimenti eseguiti dal Coppola sul valore fisiologico e terapeutico del ferro inorganico e ne rammenta le importanti conclusioni. Come materiale di espe-

rimento si servirono dei cani con lo scopo di confermare nei mammiferi quanto il Coppola aveva dimostrato negli uccelli.

Accenna di diversi tentativi fatti per poter riuscire ad alimentare i cani con la miscela priva di ferro, parla delle alterazioni riscontrate nel sangue e della reintegrazione del medesimo con l'aggiunta di ferro al cibo speciale. Termina dicendo che sperano di potere continuare queste interessanti ricerche e stabilire con maggior precisione le modificazioni indotte nel sangue dall'inanizione di ferro facendo magari le fotografie dei preparati del sangue con lo scopo di metterle meglio in evidenza. Frattanto gli sembra di poter dire che le loro poche ricerche praticate nei mammiferi confermano i risultati ottenuti dal Coppola negli uccelli.

Il **Presidente** apre la discussione sulla comunicazione dei Dott. Gabbi e Biondi.

Il Presidente, Prof. **Luciani**, domanda degli schiarimenti al Dott. Gabbi sulla comunicazione da lui svolta specialmente per quanto si riferisce alle difficoltà che si incontrano nella delimitazione degli essudati liberi ed ai mezzi per superarle. Il Dott. Gabbi dà le chieste spiegazioni insistendo specialmente sui vantaggi del metodo da loro proposto.

Il Dott. **Bianchi** dichiara di dividere pienamente le idee del Gabbi ed anzi si propone nella prossima seduta di fare una comunicazione sullo stesso argomento esponendo dei fatti che confermano in massima quanto il Gabbi ha dimostrato nella sua comunicazione.

Nessun altro prendendo la parola il Presidente apre la discussione sulla comunicazione Oddi, Lo Monaco.

Il Dott. **Rossi** chiede al Dott. Oddi che gli dica i metodi dei quali si è servito per l'esame del sangue e domanda se è sicuro che le altererazioni descritte sono dovute all'inanizione di ferro o in parte anche alle manovre necessarie alla preparazione.

Il Dott. **Oddi** dice i metodi dei quali si sono serviti, e quanto a molte delle alterazioni ripete di non annetterci per ora una grande importanza, soltanto gli sembra notevole il fatto che, servendosi degli stessi metodi di ricerca, le alterazioni del sangue mancarono sempre completamente durante l'alimentazione ordinaria mentre furono così evidenti durante l'inanizione di ferro. Egli spiegherebbe il fatto ammettendo che per la sottrazione di ferro si mostrano molto meno resistenti e quindi più facilmente si alterano.

Il Dott. **Gabbi** crederebbe importante rivolgere l'attenzione anche allo stato degli organi ematopoietici durante l'inanizione del ferro.

Il Dott. **Oddi** dice che avrebbero in animo di eseguire queste e molte altre ricerche importanti, specialmente sul ricambio materiale in queste speciali condizioni e che sperano col tempo di poterlo fare.

Dopo di che è tolta la seduta ed approvato il verbale della precedente adunanza

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

Il Segretario
Dott. Ruggero Oddi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 12 LUGLIO 1891

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, *Presidente*.

Sono presenti i soci: Sacchi, Vecchietti, Gabbi, Luciani, Lo Monaco, Oddi, Celoni, Giuntoli, Donzellini.

Letto e approvato il verbale della precedente adunanza il Presidente prima di dar la parola ai lettori propone all'Accademia di nominare a Soci corrispondenti i Professori stranieri Leon Frederic di Liegi. I. P. Nuel di Gande, I. P. Morat di Lille, Julies Laury di Parigi, William Stirling di Manchester. Fa osservare che siccome il numero dei Soci intervenuti non è sufficiente per prendere deliberazioni è neccessario che i proposti sieno eletti per acclamazione.

Il Dott. **Gabbi** chiede e propone che sia nominato Socio aggregato dell'Accademia il Dott. Giacomo Lumbroso libero docente di nevropatologia nell'Istituto Superiore. Tanto i Soci corrispondenti stranieri proposti dal Prof. Luciani quanto il Dott. Lumbroso riescono eletti per acclamazione.

Dopo ciò il Presidente stante l'assenza del Dott. Bianchi primo iscritto per la comunicazione « *sulle condizioni fisiche e ricerche semiologiche della mobilità dei versamenti pleurici liberi* » dà la parola al Dott. **Celoni**, il quale svolge la sua comunicazione *sopra un caso di tubercolosi del peritoneo curato colla laparotomia*.

Prende poi la parola il Dott. **Sacchi** per svolgere brevemente la parte chirurgica della comunicazione fatta dal Dott. Celoni.

Si presenta quindi la piccola malata operata dal Dott. Sacchi.

Il Dott. **Gabbi** chiede la parola domandando schiarimenti al Dott. Celoni sulle condizioni del polmone destro della piccola malata.

Il Dott. **Celoni** dà i richiesti schiarimenti.

Il Dott. **Gabbi** a questo proposito parla di due casi avuti in Clinica di peritonite tubercolare non primitiva che furon visti migliorare sotto l'uso di pennellazioni di collodion iodoformizzato sul peritoneo. Sembra che in questo caso si possa assorbire lo Iodio dello Iodoformio essendosi trovato lo Iodio nelle orine dei malati.

Il Dott. **Sacchi** dubita che nei casi descritti dal Dott. Gabbi si trattasse di peritonite tubercolare o almeno di tubercolosi peritoneale diffusa.

Il Dott. **Gabbi** insiste sulla forma tubercolare dei casi da lui citati e sui vantaggi delle pennellazioni del collodion allo Iodoformio.

Il Dott. **Sacchi** lega la peritonite nei casi citati dal Gabbi coll'apparire delle mestruazioni dichiarandolo un versamento asettico libero.

Il Dott. **Gabbi** dice conoscere i casi citati dal Sacchi e dice non potersi

chiamare casi di peritonite tubercolare mancando la febbre oppure essendo leggerissima e mancando qualsiasi lesione in atto o passata di natura tubercolare: nei casi da lui citati la natura tubercolare della peritonite fu evidentissima.

Dopo di che nessun altro chiedendo la parola si dichiara chiusa la seduta.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

I Segretarii degli Atti
Dott. Umberto Rossi
Dott. Ruggero Oddi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 29 NOVEMBRE 1891.

Alla Presidenza, il Prof. Luigi Luciani, *Presidente.*

Sono presenti i Soci: Barbacci, Grazzi, Toti, Mattei, Guidi, Celoni, Crapols, Gabbi, Bufalini, Oddi, Rossi, Malenchini, Donzellini.

Letto ed approvato il verbale della precedente adunanza il Presidente dà comunicazione di una lettera del Dott. Nuel colla quale ringrazia l'Accademia dell'onore conferitogli nominandolo socio corrispondente. Dà poi lettura di una lettera del Direttore del Gruppo locale della Lega Nazionale a Cormons con la quale prega la presidenza dell'Accademia Medico-Fisica a volergli comunicare il risultato del concorso al premio Galligo per quanto si riferisce al lavoro dal motto « *Imprendi e continua* ».

Domanda la parola a proposito di questa ultima comunicazione il socio **Donzellini** pregando egli pure la Presidenza a dare schiarimenti sul risultato di questo Concorso l'esito del quale si sarebbe dovuto già sapere da qualche tempo.

Il Segretario Dott. **Rossi** risponde, invitato dal Presidente, dichiarando che la Segreteria si era fatta premura di partecipare a tutti i componenti la Commissione per il premio suddetto la nomina relativa e che il Prof. Federici non aveva ancora risposto. Sapeva però che il lavoro per parte degli altri componenti la Commissione era già a buon porto; non ostante la Segreteria avrebbe fatte delle premure in proposito.

Il **Presidente** dà la parola al Dott. Oddi il quale svolge una breve comunicazione *sull'Acetonuria e Glicosuria sperimentale.*

Il **Presidente** dà la parola al Dott. Coronedi che parla: *sopra una sostanza estratta dall'orina filante.*

Aperta la discussione sulla prima comunicazione nessuno domanda la parola.

Sulla seconda comunicazione, il Prof. **Luciani**, domanda al Coronedi se si potrebbe applicare all'industria il microorganismo dell'orina filante produttore di una sì grande quantità di gomma animale.

Il **Coronedi** risponde che la gomma animale prodotto della vita del microorganismo dell'orina filante non ha le stesse proprietà della comune gomma arabica e quindi non ha applicazione nessuna per l'industria.

Dopo di che l'adunanza è tolta.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

I Segretarii degli Atti
Dott. Ruggero Oddi
Dott. Umberto Rossi.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 31 GENNAIO 1892.

Alla Presidenza, il professore Luigi Luciani, *Presidente*.

Presenti i Socii: — Luciani, Rossi, Oddi, Galli, Lustig, Chiarugi, Banti, Turchini, Bargioni, Bianchi, Paoli, Barbacci, Cocchi, Pardo, Malenchini, Guidi.

Letto ed approvato il verbale della precedente adunanza il Prof. **Luciani** presidente dà la parola al dott. **Bianchi A.** il quale dà lettura della sua comunicazione: *intorno alle alterazioni bronco-polmonari nella influenza.*

Il Presidente presenta quindi all'Accademia il Dott. **Luigi Tarulli** e lo invita a svolgere la sua comunicazione: *sugli effetti della gelatina nella inanizione.*

Apre quindi la discussione sulle due comunicazioni e siccome nessuno prende la parola, si dichiara chiusa l'adunanza pubblica e si apre l'adunanza privata.

Il Presidente
Prof. Luigi Luciani.

I segretarii degli Atti
Dott. Umberto Rossi
Dott. Ruggero Oddi.

CENNI BIOGRAFICI

DEI

SOCII DEFUNTI NEGLI ANNI 1886-87-88-89-90-91

L'Accademia Medico-Fisica subiva delle dolorose perdite nel triennio cui si riferiscono gli Atti contenuti in questo volume. Al valore dei Socii defunti occorrerebbero molte pagine di cenni biografici: però crediamo di interpretare il pensiero dei Socii tutti con il riunire qui sommariamente le notizie principali intorno alla vita ed alle opere di quegli egregi che dettero tributo della loro mente e dell'opera loro alla nostra Accademia.

Il **Prof. M. R. LEVI** nacque l'8 Agosto del 1840 in Trieste; emigrò da giovinetto nella allora non italiana Venezia per seguire gli insegnamenti e la scuola di quell'egregio medico, che fu il Namias, libero docente di clinica medica a Padova e medico primario dello spedale civile di Venezia e che gli era amorosissimo.

Aveva appena vent'anni, quando le provincie Venete si agitavano al santo nome d'Italia e di libertà e cercavano di unirsi alla madre patria in un accordo scientifico, se la politica le separava ancora materialmente da essa. Ogni elevato ingegno di quei paesi volle portare ampio tributo di opera materiale e morale a questo scopo santissimo e il Dott. M. R. Levi, accogliendo la idea, surta nelle prigioni dell'Austria a Giuseppe Barellai, mise tutta la sua attività perchè Venezia, alla pari del rimanente d'Italia, si arricchisse di un ospizio marino e fraternizzasse così con le libere provincie italiane. Ebbe a compagni nell'opera santa il Namias, il Santello ed il Coletti, ebbe a sostegno e ad aiuto tutti coloro che amavano la patria e l'umanità. E meritò così che il Barellai nel Congresso Internazionale tenuto nel 1869 in Firenze, gli rivolgesse parole di elogio altissimo, additandolo come esempio di attività, di filantropia, di solerzia ai convenuti delle diverse nazioni.

Nel 1866, quando ebbe la sorte di vedere libera dallo straniero la sua patria adottiva, ma non la nativa città, il Dott. M. R. Levi seguitò la sua opera di scienziato e di medico e nella clientela privata e nello spedale Civile di Venezia fe' larga pratica di medicina e d'igiene.

Allevato dal Namias, ebbe da esso imparziali nozioni sulla medicina oggi direbbesi antica, e potendo così verificare i pregii di essa e scarne i difetti, fu dato a lui quello che pochi medici possono avere, il poter scernere il buono del passato e fonderlo con il migliore dei tempi erni.

A questo lavoro faticosissimo di accurata osservazione, di comparazione e di scelta il Dott. M. R. Levi dedicò la sua vita di tutti i giorni e sebbene Egli fosse accurato seguace di tutti gli studii odierni, perchè, possedendo il patrimonio delle diverse lingue europee, che Ei parlava con facilità ed eleganza, poteva seguire l'intiero movimento scientifico, pure mai si lasciò trascinare da un esagerato entusiasmo per le novità, e prudente e filantropo mai arrischiò la vita dei suoi malati per esperimenti terapeutici o per non ben fondate teorie.

Medico primario dello spedale Veneto, Egli dapprima diè opera a continuare in esso lo studio della intiera medicina clinica, che gli aveva colpito tanto la mente ed il cuore fino dalla primissima età; però vedendo come i bambini ammalati, disseminati nello spedale insieme agli adulti, non erano curati con quella amorevole sollecitudine che si richiede per questi piccoli esseri, cercò di riunirli in una sala e di dare così origine ad una sezione infantile dello spedale medesimo. Questa ottima idea fu coronata da combattuti, ma felici successi, e trovandosi Egli ormai nel dover curare e studiare i morbi, che colpiscono l'umano organismo nella età della infanzia e della fanciullezza, si dedicò ad un nuovo lavoro, che riuscì altamente utile ai piccoli malati ed all'insegnamento.

In quel tempo infatti, pochi erano in Italia coloro che si occupavano di questi studii e può dirsi veramente che il Levi sia stato il primo che veramente caldeggiasse l'idea della istituzione di cattedre speciali per le malattie dei bambini nel nostro paese. Nè voleva Egli con ciò, che lo studio di questi morbi alienasse dallo studio della clinica medica generale. Egli diceva e insegnava che non può esservi buon pediatra, senza che questi stesso fosse buon clinico medico, imperocchè le malattie dei bambini hanno la stessa base delle malattie degli adulti e solo le condizioni diverse di vitalità e di resistenza modificano l'andamento e la terapeutica di quelle. Quindi Egli, come i migliori pediatri delle altre nazioni, non ammetteva che potesse qualcuno dedicarsi allo studio delle malattie dei bambini senza prima aver dato larghe prove nello studio delle malattie degli adulti.

Non è quindi da maravigliarsi, se con queste idee fondamentali sì rigorose, e con i risultati ottenuti dalle cure prodigate ai bambini nello spedale Veneto e nell'ospizio del Lido, ottenne rinomanza durevole e con essa l'affetto e la stima dei colleghi della regione Veneta e la riconoscenza di ogni sincero amico dell'umanità.

La fama del Dott. M. R. Levi si estese quindi oltre i confini del territorio Veneto e le sue pubblicazioni intorno alle malattie dei bambini e le sue cure coronate da felici successi lo misero in onore, come uno dei gliori pediatri del nostro paese.

Il patrimonio delle lingue straniere, i frequenti suoi viaggi per visi le cliniche e gli ospedali infantili degli altri paesi d'Europa serviron farlo conoscere ed apprezzare dai più distinti clinici e pediatri e sanzi rono essi col loro giudizio la fama che Egli si era acquistata nella patria.

Quando Firenze volle, per la prima in Italia, aprire una cattedra ed una clinica di malattie dei bambini, indicando per essa un concorso, era naturale che il Levi vi concorresse e l'avesse.

Nella cura dei piccoli infermi il Prof. M. R. Levi dava infatti non solo grande importanza ad una bene diretta terapia, ma ancora maggiore ad una regolata dieta adatta alle diverse malattie ed a quei deboli organismi. Era questo uno dei suoi più costanti pensieri e cercava di inculcare questo precetto a tutti coloro che ebbero la sorte di ascoltarne gli insegnamenti.

L'insegnamento che il Prof. M. R. Levi impartiva nella sua Clinica era insieme scientifico e pratico. Egli insegnava dalla cattedra, insegnava nell'ambulatorio, insegnava al letto del malato, e, prendendo occasione dai singoli casi, approfittavasene nel trarre da essi vero utile pratico.

Enumerare le molteplici pubblicazioni scientifiche che il Prof. M. R. Levi faceva nella sua carriera pratica e nell'insegnamento sarebbe cómpito non facile ad essere svolto nei limiti che mi sono prefisso.

Dal suo primo lavoro sulle *odierne principali dottrine intorno alla cellula*, edito a Venezia nel 1862, come tesi di Laurea, e che preludiò il suo bel volume sulla *Patologia cellulare considerata nei suoi fondamenti e nelle sue applicazioni*, premiato dall'Accademia di Ferrara, fino all'ultimo scritto pubblicato nella *Riforma Medica* del Febbrajo di quest'anno *intorno alla cura della difterite*, fu una serie non interrotta di memorie relative a questioni importanti di patologia generale e di patologia speciale medica, e di terapia e pregevoli lavori da rivaleggiare quelli dei migliori medici nostrani e tedeschi sulle malattie dell'infanzia.

Quelle sue *osservazioni cliniche e studii intorno alle malattie dei bambini*, le quali videro la luce nel 1882 nelle pagine dello « *Sperimentale* » e che trattavano dello *spasmo della glottide, delle complicanze e successioni del morbillo e della vaccina diffusa*, sono vere e complete monografie su questi argomenti, tanto importanti e sì poco studiati, della patologia infantile.

Unico in Italia ne' tempi odierni sostenne l'utile della *flagellazione nei casi di morte apparente*, come un secolo prima un altro veneziano, il Bianchini, l'aveva pure creduta di grande e ben sicura utilità.

L'Ateneo veneto, che lo ebbe socio effettivo, l'accademia medica di Ferrara, che lo premiò, la Società medico-fisica di Firenze e la Società Fiorentina di Igiene hanno registrato nei loro atti la parte importante e veramente attiva che Egli prese nelle discussioni molteplici svoltesi nel loro seno.

La impressione di dolorosa sorpresa che colpiva gli amici e i colleghi quando lo seppero estinto il 13 Febbrajo 1886 dopo una fatale e rapida polmonite, ebbe un'eco nelle diverse parti d'Italia e presso molti dei suoi colleghi stranieri.

Il **Prof. Comm. LUIGI PAGANUCCI** di Livio e Angiola Ciaffarelli, nacque il dì 8 Luglio 1808 a Montelaterone (Prov. di Siena).

Nel 1850 fu nominato, per concorso, Professore di anatomia descrittiva al R. Arcispedale: nel 1867 per sopressione di ufficio fu collocato in disponibiltà e nel 1870 a riposo. Nel 1873 fu nominato di nuovo Professore di anatomia descrittiva nel R. Istituto, nel 1883 Direttore dell' Istituto Anatomico e nel 1884 del Museo Fisiologico. Morì il 10 Maggio 1886.

Lasciò numerose preparazioni di fisio-anatomia e diverse pregevoli pubblicazioni.

PIETRO CIPRIANI fu figlio di Antonio e Caterina Bini, e nacque in San Piero a Sieve il 10 Dicembre 1808.

All'età di 18 anni si recò a studiar medicina nell'Università di Pisa e vi conseguì la laurea dottorale nel 1832: quindi si recò a Firenze a farvi gli studi pratici ed ottenne la matricola di questo Collegio medico il 10 Luglio 1833 dando tanto in quella città che in questa, sempre più incalzanti prove del suo ingegno ed indefesso amore per lo studio, così da salire in grande concetto e presso i maestri e presso i condiscepoli.

Compiuti gli studii, Pietro Cipriani iniziava la sua carriera professionale (che fu poi quanto si può dire fortunata e brillante) col modesto incarico di medico astante nel nostro Spedale.

In tale ufficio ei rimase fino all'Agosto del 1835, quando sviluppatosi il cholera a Livorno, fu chiamato alla direzione dello Spedale dei colerosi. Il Cipriani volò e vi si trattenne fino alla completa scomparsa dell'epidemia; e tanto fu lo zelo, la operosità ed intelligenza con cui si adoperò a vantaggio dei sofferenti, che oltre ad essere altamente encomiato dall'Autorità e fatto segno alle grate dimostranze dell'intera popolazione, fu anche remunerato con medaglia d'oro.

Fatto ritorno a Firenze nel mese di Novembre successivo tale era la reputazione che il Cipriani aveva già saputo acquistarsi di distintissimo medico, che egli ebbe l'onore di essere nominato aiuto della Clinica medica generale, allora diretta da quel luminare della nostra scienza che fu Maurizio Bufalini; e questi prese tanto a stimare ed amare il nostro Cipriani, che in breve ottenne anche di essere da lui supplito quando per una ragione qualsiasi non poteva fare egli stesso la sua lezione.

Intanto però nella nostra Italia e sopratutto in Tocsana, la Medicina a dava risvegliandosi a nuova vita, e cominciava a farsi sentire la necess di dover dividere il suo insegnamento in più parti. Essendo quindi preva il concetto di togliere alla Clinica generale lo studio delle malattie cuta e di farne una cattedra apposta, fu pensato che a nessuno meglio che Cipriani avrebbe potuto affidarsi l'insegnamento stesso. E perchè questo fo

a livello delle primarie Università straniere e riuscisse di lustro al nostro Istituto, il Cipriani fu appositamente mandato a Vienna ed a Parigi onde avesse agio di perfezionarsi in quella specialità; e al suo ritorno, e precisamente nel Novembre 1840, fu nominato titolare della nuova cattedra.

Nel 1859 fu nominato Clinico medico generale e fu durante il lungo periodo di tale insegnamento che questo chiarissimo professore ebbe più specialmente luogo di addimostrare in tutta la sua pienezza il vastissimo ingegno e la sua non comune erudizione; e che mostrò di possedere tutta l'abilità e la diligenza necessaria per sapere raccogliere e valutare al giusto i sintomi e le pertinenze tutte delle malattie; non che l'arte difficile di addestrare i giovani ad una scrupolosa ricerca del vero ed a quella rettitudine di giudizio che fecero di lui un clinico tanto abile per il diagnostico quanto fortunato per la cura.

Egli infatti fece parte per più anni del Consiglio superiore di Sanità e di quello di Istruzione pubblica superiore. Tenne poi per molto tempo il posto di Sopraintendente all'infermerie del nostro maggior Nosocomio, e fu pure per lunghi anni Presidente della medica facoltà del nostro Istituto, offrendo sempre novelle prove del suo carattere fermo, giusto, imparziale, e amando di mantenere incolume e all'altezza dei tempi il prestigio della nostra Scuola.

Nel 1879, scosso alquanto nella salute dall'età e dalle domestiche sventure, chiese il riposo, che rifiutatogli dapprima, dietro le sue reiterate ed insistenti domande, gli venne finalmente accordato in un con la nomina di professore emerito e di membro del Consiglio direttivo del fiorentino Istituto. Moriva il 13 Maggio 1887 in Firenze.

Il Cipriani non lascia, si può dire, quasi nessun lavoro stampato come testimone della sua erudizione e del suo sapere. Dedito per quasi tutta la sua vita all'insegnamento e ad una estesissima pratica civile, egli non ebbe assolutamente il tempo di consegnare alle stampe il frutto, senza dubbio considerevole, della sua osservazione ed esperienza: inoltre amò meglio mostrare con la parola parlata e col fatto più che cogli scritti la sua somma perizia nell'Arte. Della sua grande valentía d'altra parte, fanno fede l'alta considerazione che egli riscuoteva dai colleghi, la stima grande che gli si tributava non solo in Firenze ed in Toscana, ma anche in molte altre parti d'Italia, dove spesso, da cospicui personaggi eziandio, egli venne chiamato per essere consultato intorno ad alcune malattie di difficile diagnosi e cura, e (documenti viventi irrefragabili) i tanti allievi che nelle sue mani divennero per la maggior parte stimabili ed esperti medici.

Il **Cav. Prof. Dott. PIETRO GATTESCHI** di Bartolommeo, nacque il 23 Gennajo 1825 a Montelupo fiorentino. Addottorato e matricolato medico a Pisa, meritò per concorso un posto di perfezionamento a Parigi ove si portò

nel 1851 e vi si trattenne per due anni. Dopo visitò gli Ospedali di Londra e in un altro viaggio quelli di Svizzera e di Germania. Nel 1859 dal suocero del proprio fratello Domenico, cioè dal Cav. Comm. De Rossetti console Generale per la Toscana in Egitto, fu condotto al Cairo ove gli piacque di fermarsi ed esercitare la professione. Colà fece conoscenza di una distinta signorina italiana stabilita a Costantinopoli, nobile Adele Salgani, figlia dell'illustrissimo Cav. Matteo. Conchiuso il matrimonio recossi ad impalmarla a Costantinopoli, ciò che accadde nel Settembre del 1860. Ritornato in Cairo fu fatto Professore di materia medica e terapeutica nell'ospedale Kaserlein medico della madre del Kedive o Vicerè, medico in capo dell'Ospedale delle donne, membro corrispondente dell'Istituto Egiziano, dell'Accademia medico Fisica di Firenze, della Società di Oftalmologia di Parigi, medico dell'Istmo di Suez. In Cairo si trattenne fino all'anno 1865 epoca del colera che fu fierissimo, e dimostrò tanto zelo che la sua salute ne risentì. Colto dalla tremenda malattia del paese, oftalmia purulenta, fucostretto suo malgrado di abbandonare l'Egitto seguendo il consiglio del Dott. Castro. La sua partenza fu deplorata da tutti a tal punto che alla stazione gli fu presentata una lista di 300 firme, che lo pregavano di ritornare fra loro appena guarito. Andò a Vienna per consultare alcuni professori e dovendo subire una cura molto lunga preferì rimpatriare e mettersi sotto la cura del Professor Magni suo carissimo amico. A Bologna si trattenne per ben 10 mesi; sperando di star meglio volle ritornare a Firenze presso la sua famiglia ove fece un gran peggioramento e fu sottoposto a una operazione. Quando fu in stato di viaggiare andò a cambiare aria a Costantinopoli dal suo suocero, e ristabilito completamente venne per sempre a Firenze perchè il Professor Magni gli proibì di ritornare in Egitto, assicurando che alla prima ricaduta avrebbe perduta la vista.

Qui a Firenze fu accolto con gioja da tutti perchè oltre all'essere un ottimo medico, era affabile per natura, gentile di maniere, punto venale, sempre col sorriso sulle labbra, e di una conversazione piacevolissima acquistata per lo studio e per i lunghi viaggi da lui fatti. Per molti anni esercitò la sua carriera, amato sempre e ricercato da tutti fino all'ultimo tempo di sua vita. Fu medico primario dell'Ospedale di San Giovanni di Dio, e nel 1881 fu fregiato cavaliere dell'ordine della Corona d'Italia. Ebbe l'onore di acquistare la stima di Filippo Pacini, il quale lo nominava suo esecutore testamentario.

Colpito da grave e lungo morbo periva il 26 Maggio 1887 a Montelupo, nel compianto del suo paese natio, degli amici e della famiglia.

Il **Prof. Comm. AUGUSTO MICHELACCI** nacque in Firenze il 6 genn[illegible] del 1825 da Giuseppe e da Adelaide Buzzi; moriva per linfo flebite settica 13 Febbraio 1888.

Studiò medicina nella Università di Siena e vi fu laureato nel 1846: a[illegible]

litato a Firenze in Medicina e Chirurgia fu nel 1851 fatto aiuto infermiere nell'Arcispedale, poi nel 1852 chirurgo infermiere nel Manicomio di Bonifazio e Santa Lucia, nel 1854-55 direttore del Lazzeretto, nel 1864 Commissario dei Regi Spedali riuniti; chiese il riposo nel 1884, restando consultore degli Spedali medesimi.

Nel 1857 fu dal Prof. Pietro Cipriani chiamato a suo aiuto e dopo due anni passò a professore ordinario di dermatologia.

Mostrò cultura estesissima, pronto e svegliato ingegno, rapida percezione, parola facile ed ornata, operosità e versatilità. Fu Consigliere Municipale, Vicepresidente del Consiglio Sanitario Provinciale, membro del Consiglio superiore di Sanità, Commissario per il riordinamento delle Cliniche di Napoli, Padova e Pavia, membro di molte Accademie italiane ed estere.

PUBBLICAZIONI PRINCIPALI

Cenni storici dello Spedale di Santa Lucia e dell'insegnamento delle malattie cutanee, 1861.
Saggi teorico-pratici di dermatologia, 1865-66.
Importanza degli Studii speciali e particolarmente delle malattie cutanee, 1868.
Nuovi saggi teorico-pratici di dermatologia, 1868.
Della pellagra, 1870.
I funghi e le acque termo-minerali di Selafani nella cura delle dermatosi, 1872.
Sull'efficacia dei fanghi di San Filippo nelle malattie cutanee, 1887.
Sulla virtù terapeutica di alcuni saponi medicinali, 1887.

Il **Comm. Prof. SERAFINO CAPEZZUOLI** nacque a San Gemignano il 1.° Dicembre 1813. Fu laureato nell' Università di Siena e poi nell' Istituto di Firenze.

Ottenne nel 1843, per concorso, il posto di aiuto alla Cattedra di Chimica organica e Fisica medica della scuola di Firenze diretta dal Prof. Taddei e nel 1849 ad esso subentrò nell' insegnamento. Nel 1860 fu nominato Professore di Chimica patologica nel R. Istituto di Firenze e vi rimase fino al 1880 circa.

Moriva in Firenze il dì 8 Marzo 1888, dopo essere stato per lungo tempo affetto da cecità per amaurosi.

I suoi studii variarono specialmente sopra l'analisi qualitativa e quantitativa dei prodotti morbosi e sulla ricerca dei prodotti venefici nell'organismo. Lascia diverse memorie di chimica organica ed inorganica di non lieve pregio.

Il **Dott. CRESCI CARBONAI** nacque a Livorno nel 1837. Era nipote, per parte di madre, a' fratelli Ferdinando ed Angiolo Carbonai fondatore del primo Istituto Ortepedico che sorgesse in Italia. Si assuefece agli studii prediletti dagli Zii fino da giovinetto e a 16 anni si preparava alli esami di ammissione a Pisa quando Essi, un dopo l'altro, in breve intervallo, morirono. L' Istituto, privo di direzione, cadde. Nonostante, Egli andò a Pisa. — Era di 5° anno quando, per una risposta vivace ad un Professore che lo aveva insultao, fu cacciato dall' Università. — Ciò accadde nel 1858. — Nel 1859, si arruolò nell'arma dei Carabinieri; poi, nominato sottotenente di Linea, fece la campagna del brigantaggio ove si segnalò. — Lasciò la vita militare e tornò agli studii medici. Si matricolò nell' Università di Bologna, nel 1865 e qui in Firenze aprì un ambulatorio per le malattie Ortopediche.

Quando insieme al Dott. Pardo assunse la Direzione dell' Istituto Idroterapico del Dott. Venturucci, ove mise una Sezione Ortopedica con convitto, pei giovanetti affetti da deformità. Ebbe dei successi incontrastabili; pei quali, ottenne le croci di Cavaliere Mauriziano e della Corona d' Italia, e la Medaglia di argento alla Esposizione di Milano. — Lasciò varii scritti: *Sulle paralisi infantili — Sui piedi torti — Sulle deformità del ginocchio* — ed uno importante *Sulla deviazione della colonna vertebrale.*

Morì, che non aveva ancor raggiunto il 50° anno.

Il **Cav. Prof. ENRICO BUONAMICI**, nato in Firenze il 18 Marzo 1818, dopo compiuti li studii nelle Scuole Pie, recatosi alla Università di Pisa, fu laureato in Scienze Naturali nel mese di Giugno 1840.

Fatto ritorno nella città nativa, conquistò la meritata stima dello illustre Prof. Gioacchino Taddei che lo nominò suo ajuto fiduciario nell' insegnamento della Chimica organica e Fisica medica l'anno 1841. — Addestrandosi e perfezionandosi nelle chimiche discipline sotto la direzione di un uomo che riscosse fama europea, ne divenne attivo e zelante cooperatore anche nelle molte e varie perizie fiscali fino al 1843; epoca in cui fu nominato all' ufficio d' Intendente di Farmacia nel R. Arcispedale di Santa Maria Nuova.

Fu confermato a Professore di Farmacologia, dal Governo della Toscana, il 10 Marzo 1860, venne poi equiparato ai Professori della Sezione Medico-chirurgica il 3 Novembre 1873; finalmente, come ben meritato premio ai servigi resi nella pubblica istruzione, ebbe la croce di Cavaliere della Corona d'Italia.

Eseguì diverse analisi di acque minerali, e fu per molto tempo perit[illegible] scale; non pubblicò lavori che lo ricordino ai posteri.

Fu eletto nostro *Socio Conservatore* il 13 Giugno 1841, ed all'epoca d[illegible] sua morte era segnato fra gli *Emeriti.*

FRANCESCO COPPOLA

In una delle tornate della nostra Accademia nella scorsa estate, io ebbi il doloroso compito di commemorare con brevi ma sentite parole il defunto nostro collega Prof. **Alessandro Tafani.** In quella seduta era presente il Prof. Francesco Coppola, uno dei nostri più giovani Soci, e dei più promettenti insegnanti della Scuola Medica Fiorentina, giunto pochi giorni prima da Palermo. Chi avrebbe allora immaginato, che dopo le ferie autunnali, alla ripresa dei nostri lavori accademici, io avessi dovuto per dovere di ufficio, e più per sentimento di amicizia e fratellanza, ripetere con voi funebri lamentazioni per la perdita irreparabile di questo valoroso e simpatico giovane? Benchè gracile di aspetto, nessuno avrebbe potuto allora fondatamente sospettare che egli covasse in seno il germe fatale di quello stesso morbo a cui soccombette il compianto Tafani, e che ne sarebbe stato vittima deplorata dopo poche settimane! Almeno fosse egli sopravissuto ancora qualche mese, sicchè a lenire il suo dolore e ad irradiare di speranza il suo giovane cuore, fosse pervenuto al suo orecchio l'eco lontana della nuova scoperta di Roberto Koch, che (se le concepite speranze non si dimostrano fallaci) si annunzia vincitrice degli effetti funesti del *bacillo tubercolare!*

A soli 28 anni (perchè nato il 27 Marzo 1862) Francesco Coppola era pervenuto, con la sua viva passione per gli studi e col suo ingegno precoce, a conquistarsi una posizione onerevole nella scienza, a cui ordinariamente non è dato aspirare che ad età matura. Caso più unico che raro, nella sua natia Palermo, egli fu contemporaneamente studente di scienze chimiche e di medicina, e conseguì la laurea in Chimica nell'estate del 1885, e quella in Medicina nell'estate del 1886. Studente da soli due anni fu nominato Assistente alla cattedra di Farmacologia; studente del 6.° anno di Medicina, gli fu dalla Facòltà affidato provvisoriamente l'incarico dell'insegnamento di detta scienza! Laureato appena in Medicina vinse in pubblico concorso la cattedra di Farmacología della R. Università di Messina, che occupò per 2 anni (dal Novembre 1887 al Novembre 1889), e poi nell'anno decorso passò ad insegnare la stessa scienza in questa Scuola Medica Fiorentina per invito onorevolissimo di questa Facoltà. Pochissimi, io credo, possono vantare una carriera brillante, più rapida, e (relativamente alla troppo breve durata di essa) più fruttuosa e invidiabile!

Le pubblicazioni del Coppola (tutti lavori originali di natura sperimentale) ammontano a *diciassette.* Molti di essi portano la data del tempo in cui era studente di Chimica e di Medicina.

Quasi tutti sono di argomento o chimico o farmacologico, di molta importanza dal punto di vista della biologia. Mi limiterò a farne una semplice commemorazione.

LAVORI PUBBLICATI.

1.° — Ricerche sulla genesi delle ptomaine 1882.
2.° — Nuove ricerche sulla genesi delle ptomaine 1883.
3.° — Sugli alcaloidi della putrefazione 1884.
4.° — „ „ „ „ 1885.

Osservazioni. — Lavori in cui viene a stabilire come le ptomaine non sieno dovute nè alla putrefazione nè si trovano nell'organismo animale; ma sono effetto delle decomposizioni che succedono nei processi chimici finora adoperati per questa ricerca.

La Commissione per l'accertamento dei venefici si occupò di queste esperienze e incaricò diversi sperimentatori per controllarle.

5.° — Azione degli ipnotici sulla durata degli atti psichici elementari (in collaborazione col Prof. Cervello), 1884.

6.° — Sulla influenza della polimeria nell'azione Fisiologica dei corpi. Azione Fisiologica dell'aldeide etilica e dei suoi polimeri 1886.

7.° — Sull'azione Fisiologica dell'Antipirina (1885).
8.° — Sull'azione Fisiologica del Nickel e del Cobalto. 1886.
9.° — Sull'influenza della polimeria nell'azione Fisiologica dei corpi. Ricerche su alcuni derivati della Carbimide. 1888.
10.° Sulla Santonina come antelmintico e i suoi derivati. 1887.

Osservazioni. — Prova come la Santoninossina è preferibile negli usi terapeutici alla Santonina.

11.° — Sul meccanismo di azione della caffeina come medicamento cardiaco. 1887.

Lavoro in cui stabilisce nettamente la indicazione della caffeina come medicamento cardiaco confrontandola con quella della digitale.

12.° — Sul bacillo Koch ed il bacillo Emmerich. 1886.

Lavoro in cui prova come il bacillo di Emmerich produce la morte coi sintomi clinici di una setticoemia, ed è da differenziarsi da quella del Koch.

13.° — Trasformazione degli acidi Fluobenzoici nell'organismo animale. 1887.

Lavoro in cui dando ai cani i tre acidi Fluobenzoici isomeri, ricava dall'orine i tre acidi Fluoippurici.

14.° — Sul comportamento Fisiologico dell'acqua ossigenata. 1887.

Mostra la velocità delle superficie assorbenti. Esperienza mostrata nel Congresso di Basilea.

15.° — Sull'azione Fisiologica della pilocarpina e dei suoi derivat[i] rapporto alla loro costituzione chimica, 1888.

Stabilisce in questo lavoro come l'azione Fisiologica della Pilocar[pina] dipenda dal nucleo piridico e che quindi debba comprendersi nel gr[uppo] Farmacologico della nicotina.

16.° — Sull'origine dell'urea nell'organismo animale. 1889.

Somministrando acido cianurico ottiene un aumento di urea. Poichè quest'acido dissociandosi genera carbimide, aggiunge così un argomento alla teoria che fa prevenire l'urea dalla carbimide.

17.° — Sul valore Fisiologico e Terapeutico del ferro inorganico. 1890.

Questi lavori del Coppola sparsi in diversi periodici meriterebbero di esser raccolti in un piccolo volume, preceduto dalla biografia del giovane autore, per opera degli amici, dei parenti, del rispettabile suo genitore professore di Medicina nella R. Università palermitana.

Costituirebbero in tal modo un piccolo monumento a memoria del valoroso e sfortunato giovane, a cui certamente l'avvenire serbava i più alti onori che la patria conferisce ai più prodi campioni della scienza. La Scuola medica fiorentina e la nostra modesta Accademia, vedovate di un giovane membro dalle più larghe e attendibili promesse sono oggi costrette deplorare con me una perdita tanto dolorosa.

Il 22 Dicembre 1891, si spense dopo lunga malattia, il **Dott. TOMMASO TOMMASI**, che per molti anni fece parte dell'Accademia Medico-Fisica. Il Dott. Tommasi fu anche dall'anno 1873 all'anno 1882 ajuto alla Cattedra di Chimica patologica nel R. Istituto di Studj Superiori di Firenze ed in questo periodo di tempo pubblicò varj ed interessanti lavori. Il Dott. Tommasi lascia fra i Colleghi grato e perenne ricordo per le ottime qualità dell'animo suo, per lo zelo e per l'attività sempre spiegata a prò dell'Accademia Medico-Fisica.